

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

292

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gaston NORA

Né le 20 Juin 1888 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PROLAPSUS GÉNITAL TOTAL
CHEZ LES FEMMES AGÉES

Opération de LE FORT, élargie

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1924

102

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N° 292

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gaston NORA

Né le 20 Juin 1888 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PROLAPSUS GÉNITAL TOTAL
CHEZ LES FEMMES AGÉES

Opération de LE FORT, élargie

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1924



LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . } Pathologie médicale.
 FOIX . . . }
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.
 HOVELACQUE . . . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM

LABBÉ(Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER. . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER. . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . }
 MONDOR. . . } Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . }
 MULON. Histologie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 ROUVIERE . . . Anatomie.
 STROHL . . . Physique médicale.
 TANON . . . Pathologie médicale.
 TIFFENEAU . . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VERNE . . . Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.
 WELTER. . . Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS Physiologie.
 GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTNERER . . . Histologie.
 ROUSSY . . . Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	RATHERY . .	Clinique médicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	} Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Cliniq. ophtalmologique.
LÆPER . . .			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N...		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MA FEMME — A MES FILS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FÉLIX LEJARS

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Dont l'exemple restera toujours pré-
sent dans notre vie de praticien.*

*En témoignage de notre profonde
reconnaissance pour l'indulgente
sympathie qu'il nous a toujours
témoignée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

Monsieur le Professeur GOSSET.

Monsieur le Docteur GUINARD (*In memoriam*).

Monsieur le Professeur WIDAL.

Monsieur le Docteur BABINSKI.

Monsieur le Professeur MARFAN.

Internat

Monsieur le Professeur agrégé ALGLAVE.

Monsieur le Docteur SOULIGOUX.

Monsieur le Professeur agrégé CHEVASSU

*qui nous a fait le grand honneur de
nous prendre comme assistant.*

Monsieur le Professeur LEJARS.

Monsieur le Professeur agrégé MARION.

A Monsieur le Professeur LECÈNE.

A Messieurs les Professeurs agrégés CADENAT, Chirurgien des Hôpitaux ; LEMIERRE, Médecin des Hôpitaux ; LEREBoullet, Médecin des Hôpitaux ; MONDOR, Chirurgien des Hôpitaux ; MOURE, Chirurgien des Hôpitaux ; OKINCZYC, Chirurgien des Hôpitaux. Messieurs les Docteurs BROcq, Chirurgien des Hôpitaux ; LEMÉE, Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux ; RUDAUX, Accoucheur des Hôpitaux ; VINCENT, Médecin des Hôpitaux ; BLECHMANN, GIRODE, GAUTIER, P. JACQUET, KINDBERG, LUZOIR, MÉNARD (*In Memoriam*), MAURER, ROLLAND, SÉJOURNET, SAUVAIN.

A MES MAÎTRES A L'AMPHITHÉÂTRE DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur SEBILEAU, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur TOUPET, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur BERGERET, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur GOUVERNEUR, Chirurgien des Hôpitaux.

A MES AMIS

Les Docteurs Jean QUÉNU et PETIT-DUTAILLIS.

AVANT-PROPOS

Lorsqu'on étudie dans la littérature de ces cinquante dernières années la question des prolapsus de l'utérus, on se trouve en présence d'une accumulation de traitements qui témoigne de l'ingéniosité des chirurgiens, mais qui défie tout exposé détaillé.

Un coup d'œil d'ensemble montre aisément les méthodes thérapeutiques, soumises aux conceptions pathogéniques tout en restant limitées aux possibilités opératoires de chaque époque. Et c'est un fait remarquable qu'une opération, comme celle du Professeur Léon Le Fort, née il y a 47 ans, au temps des scrupules bien légitimes, retrouve sa place en chirurgie moderne.

Elle n'a point toujours fait parler d'elle, mais, comme la « bonne technique » que l'on a connue à son berceau et prise dans la maison même où elle est née, elle ne fut jamais abandonnée par les élèves de Le Fort.

C'est légèrement modifiée que nous la retrouvons aujourd'hui, mais son principe reste inchangé.

Ses indications sont plus limitées, mais aussi plus précises, elle devient une thérapeutique vraiment utile.

Dans ces derniers temps elle a enfanté une autre opération qui se recommande d'elle.

La colpectomie totale de Müller-Savariaud n'est qu'une fille devenue plus grande que sa mère, enfant inconséquente, imprévoyante aussi car elle préjuge de l'avenir, à plus de frais, elle n'a point fait mieux que son ancêtre.

Ce sont les indications, la technique modifiée et les résultats de l'opération de Léon Le Fort que nous étudierons à la lumière des faits recueillis dans la clinique chirurgicale de M. le Professeur Lejars et que nous comparerons aux méthodes qu'on peut lui préférer.

Cesera pour nous l'occasion d'exposer quelques points d'histoire et de préciser les données cliniques et pathogéniques de ces prolapsus génitaux totaux.

HISTORIQUE

Le 14 février 1877, le Professeur Léon Le Fort présentait à la Société de Chirurgie de Paris, une observation de prolapsus complet opéré en décembre 1876 et parfaitement guéri par « cloisonnement du vagin, suivi d'une opération complémentaire au niveau de la fourchette périnéale » (54).

Le 30 avril de la même année, il publiait la technique détaillée de son « nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin » (55).

Ce traitement opératoire reposait sur une notion pathogénique tirée de l'observation même des faits.

« L'utérus ne sort pas le premier de la vulve entraînant avec lui la paroi antérieure et la paroi postérieure » du vagin.

» En général ce qu'on remarque d'abord, c'est une » cystocèle, c'est l'issue au dehors de la vulve de la paroi antérieure du vagin, issue de plus en plus notable, » et c'est comme entraînée par le prolapsus de la cloison » vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve » et hors de la vulve; ce qui sort d'abord, c'est la partie » de la muqueuse vaginale la plus rapprochée de la

» vulve, le reste suit comme par une sorte de déplisse-
» ment.

» Le même effet se produit sur la paroi postérieure,
» de telle façon qu'au fur et à mesure que l'utérus des-
» cend, les parties de la paroi antérieure et de la paroi
» postérieure du vagin en contact médiat, ou tout au
» moins en rapport lorsque le vagin est à l'état normal,
» s'écartent de plus en plus l'une de l'autre pour laisser
» passer les parties les plus profondes du vagin et enfin
» l'utérus.

» Les retenir en rapport, les empêcher de s'écarter
» pour se porter l'une en avant et l'autre en arrière, c'est
» s'opposer à tout prolapsus. »

Voici comment le Professeur Léon Le Fort réalisait
son intervention :

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis à
» ciel ouvert, d'abord sur la paroi antérieure, puis sur
» la paroi postérieure du vagin, recouvrant l'utérus pro-
» labé, deux avivements linéaires longitudinaux dans
» l'étendue de 5 centimètres. Cela fait, je réduisis l'uté-
» rus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces
» deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus
» rapprochée de l'utérus et j'appliquai sur ce bord
» transversal, trois points de suture ; puis, de proche en
» proche, je suturai les bords latéraux passant sur
» chacun deux le fil de la paroi antérieure à la paroi
» vaginale postérieure.

» Au fur et à mesure de l'application des points de
» suture, la réduction de l'utérus devenait de plus en
» plus complète, et quand les deux surfaces avivées

» furent suturées, la réduction était complète. » (Léon Le Fort. »

Les suites opératoires furent très simples. La guérison se fit très normalement. Le résultat fut complet, l'utérus était parfaitement maintenu, et lorsqu'après avoir fait accroupir la malade on la faisait tousser ou faire des efforts, rien ne paraissait avoir de la tendance à sortir de la vulve.

L'idée d'aviver deux segments de vagin pour les réunir ensuite était-elle une idée nouvelle ?

Certains auteurs voulant retirer à Le Fort la priorité de son opération, attribuent à Jobert de Lamballe, puis à Gérardin de Metz, la notion du cloisonnement.

Jobert de Lamballe avivait sur la paroi antérieure du vagin deux rectangles de muqueuses séparés par un intervalle de 2 centimètres. Réunissant ensuite ces deux surfaces, il obtenait un cloisonnement longitudinal qui rétrécissait le conduit vaginal. Nous sommes encore loin du cloisonnement à la Le Fort.

Gérardin de Metz, en 1823, employait une suture médiane des parois antérieure et postérieure du vagin préalablement avivées « au niveau de l'orifice ». Deux conduits, ou mieux deux orifices, se trouvaient ainsi ménagés au niveau de la vulve ne permettant plus à l'utérus de sortir.

C'est évidemment un cloisonnement, mais combien limité !

Neugebauer, Professeur agrégé à l'Université de Varsovie, déjà plus audacieux fit, en 1867, une opération de suture médiane des parois vaginales qu'il appela

« élytrorrhaphia médiana sive elytroclisis partialis mediana ». (98).

Il réduisait l'utérus, puis faisait un avivement sur les parois antérieure et postérieure du vagin, très au-dessous de l'orifice du col (2 cm. 1/2) sur 4 cm. 5 en longueur et 2 cm. 1/2 en largeur.

Les surfaces avivées *n'étaient pas médianes*, mais toujours reportées soit à droite, soit à gauche. Il réunissait au moyen de fils de cuivre d'argent, par des sutures à nœuds qu'il enlevait au bout de 7 à 16 jours.

Jusqu'en 1880, il fit onze fois cette opération avec dix succès.

Il semble que le Professeur Le Fort ignorait ces timides essais et c'est en observant la façon même dont se produit un prolapsus, qu'il résolut de faire son cloisonnement du vagin.

Le procédé de Le Fort diffère de tous ceux qui ont été décrits avant lui par plusieurs côtés.

Pas de réduction préalable de la matrice qui est « attirée hors de la vulve » toute l'opération se fait à ciel ouvert, d'où facilité d'exécution, sécurité de l'hémotase, l'utérus se redresse par degré dans la cavité du petit bassin, à mesure que les sutures sont appliquées.

Avivement plus long, moins large, et, *médian*, Le Fort attribuait une grande importance à la situation médiane de la cloison afin que l'utérus ne vînt pas secondairement distendre et forcer un des conduits vaginaux. Enfin, il n'enlevait pas les sutures et les laissait se détacher spontanément.

Cette opération, dès sa naissance, fut mal reçue. C'est

un régal de lire dans le compte rendu de la Société de Chirurgie la discussion qui suivit la communication de Le Fort. L'impression générale fut mauvaise.

Verneuil, Després, Tillaux doutèrent de la permanence de la guérison et ce dernier ajoutait : « au point de vue de la durée, presque toutes les opérations échouent contre le prolapsus » (136).

Quelles sont les opérations pratiquées à cette époque et que l'on pouvait opposer au Le Fort.

Laugier, Desgranges, Velpeau préconisaient des cautérisations vaginales dans le but de créer des adhérences rétrécissant le vagin.

Dieffenbach et Marschall Hall pratiquaient des excisions linéaires de quelques plis vaginaux.

Sims, variant quelque peu la technique de Jobert de Lamballe portait deux avivements sur la paroi antérieure du vagin, les réunissait en bas, près du méat, les laissant espacés en haut, ces deux avivements formaient un V qui embrassait dans son ouverture l'orifice du col.

Emmet et Panas y ajoutaient un avivement transversal à la base du V qui se trouvait transformé en un triangle.

Théophile Anger pratiquait l'occlusion vulvaire.

Baker Brown avivait timidement la face postérieure des lèvres et la fourchette.

Enfin, Simon, rétrécissant simultanément la paroi postérieure du vagin et l'orifice vulvaire, par avivement de la paroi postérieure du vagin, réalisait le premier une véritable colpopérinéorrhaphie.

Or, tous ces procédés opératoires n'avaient pas donné

grands résultats, et il semble bien que beaucoup de chirurgiens ne les pratiquaient que pour permettre l'application de la pelote périnéale.

C'est ainsi que Desprès put dire : « J'ai toujours observé que si on ne fait pas porter aux malades un appareil qui protège le périnée, la chute se reproduit. »

L'opération de Le Fort, dans l'esprit de son auteur comme dans celui de ses imitateurs, s'adressait au prolapsus quel qu'en soit son degré, quel que soit l'âge de la malade, car, pour Le Fort, jamais le vagin double n'avait empêché le coït et chez la femme susceptible de concevoir, cette malformation n'avait jamais empêché l'accouchement. Dans ces cas, il suffisait de donner un coup de ciseaux sur la bride médio-vaginale pour permettre le passage du fœtus. Cette idée est celle qu'il soutint en 1863 dans sa thèse d'agrégation ; il y restait attaché.

Sokoloff rapporte l'histoire d'un accouchement qui survint un an et sept mois après un cloisonnement chez une femme de 27 ans. « La cloison médiane se présentait charnue et ayant 4 centimètres de diamètre. Elle dut être coupée. L'accouchement fut régulier et la période puerpérale se passa d'une manière normale. »

Dans ses conclusions, Sokoloff ajoute : « L'âge de la malade ne doit avoir qu'une importance secondaire dans la question. La crainte pour les couches suivantes due à l'existence d'une cloison artificielle longitudinale dans le vagin n'est pas plus fondée qu'elle ne l'est, dans d'autres traitements opératoires, dont le but est de rétrécir considérablement le calibre du vagin et de l'orifice vulvaire » (127).

Dans les années qui suivirent sa communication, Le Fort trouva quelques imitateurs, mais malgré les succès publiés, le cloisonnement n'entra pas dans la pratique courante.

Pourtant, en 1879, trois observations, trois succès de Hicquet, de Liège, furent rapportés par Le Fort (70) .

La même année Panas guérissait par cloisonnement une malade opérée inutilement par Tillaux qui lui avait fait un rétrécissement vulvaire (100).

Zancarol, d'Alexandrie, apportait à la Société de Chirurgie une pièce anatomique provenant d'une malade opérée par lui en 1877, et qui 27 mois après l'intervention, venait dans son service mourir de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, « il persistait une cloison fibreuse dense qui maintenait parfaitement l'utérus » (151).

Le 1^{er} juin 1881, Eustache lut un mémoire d'ensemble à la Société de Chirurgie (48), puis Faucon publia un article dans les *Archives de Tocologie* (49), Huc, l'année suivante, une note dans les *Annales de Gynécologie* (71).

Eustache ayant eu trois échecs qu'il attribua à l'étroitesse de la paroi décida de pratiquer un avivement plus large (4 à 5 centimètres) et également plus long (5 à 6 centimètres). Délaissant le fil d'argent, il fit ses sutures au catgut. Il obtint 5 succès chez 5 opérées.

C'est la première tendance vers la conception moderne.

Mais dans l'esprit de cet auteur, l'opération ainsi pratiquée restait applicable à tous les âges. C'est ce que développa Brunel dans la thèse qu'il fit en 1883, sous la

direction d'Eustache, en apportant deux observations inédites (16).

Deux nouvelles thèses, celle de Seginard, en 1886 (125), celle d'André en 1889 (2), devaient, semble-t-il, mettre définitivement la question au point.

La thèse d'André marque une date car elle fut directement inspirée par le Professeur Le Fort. Il y rapporte les 29 cas publiés jusqu'à ce jour, auxquels il ajoute onze observations inédites dues à Le Fort, Duplay, Terrillon et Routier.

Voici comment il présente l'opération dans son type définitif :

1° Avivement extrêmement superficiel de la paroi antérieure et postérieure du vagin ;

2° Cet avivement commencera le plus près possible de la vulve et sera exactement placé sur la ligne médiane ;

3° Il aura une largeur de 2 centimètres sur 6 centimètres de long, environ ;

4° Les sutures des deux avivements seront faites au fil d'argent, procédé de Le Fort pur, au catgut pour les profondes, au fil d'argent pour les superficielles, modification de Duplay, au catgut seulement, modification de Panas et d'Eustache ;

5° Lorsque le périnée est relâché et surtout si la femme a franchi l'âge génital, l'opération sera complétée par la périnéorrhaphie, modification indiquée par Le Fort et appliquée par Duplay dans tous les cas.

Ce n'est pas seulement en France que le traitement nouveau avait rallié des partisans, mais également à

l'étranger où nous trouvons, au cours de ces dix années, un certain nombre de travaux.

Fanny Bertin, dans l'*American Journal of obstetric* (New York 1881) publia trois succès.

Sokoloff en 1884, eut 4 cas heureux dans la clinique du Professeur Slawjansky de Saint-Pétersbourg.

Dubois, de Bruxelles, en 1885, fit connaître huit succès sur neuf malades opérées (41).

Enfin Taft, en 1889, rédigea pour *The national Journal of medical sciences*, une étude importante où se trouvaient exposées les idées de Gaillard Thomas; Winkel, Anna Broomel, Mary Smitt, Elisa Cushes, Mary Allen. Il y posait un principe nouveau : *l'impossibilité de la solidité de la cloison et de l'avivement parcinieux*. Pour cet auteur, mieux valait obtenir une cloison épaisse et renoncer à conserver un vagin.

C'était limiter les indications de cloisonnement aux femmes ayant dépassé l'âge d'être mères.

Cette conception nouvelle devait donner à l'opération de Le Fort une orientation définitive. Mais elle ne sera pas immédiatement suivie. Un long silence va se faire autour d'elle, et pendant toute cette période, d'autres méthodes vont se disputer la faveur des chirurgiens.

En 1893, Quénu décrivit un procédé d'hystérectomie vaginale avec suture du moignon vaginal aux ligaments larges rapprochés vers la ligne médiane (110).

C'est vers la même époque, la colpectomie totale avec amputation élevée du col que Chaput réalisa le premier.

En 1896, au 10^e Congrès de Chirurgie, Bouilly, rejetant toutes les autres méthodes, ne rappelant le Le Fort

que pour mémoire, affirma que la triple opération : amputation élevée du col, colporraphie antérieure, colpo-périnéorraphie postérieure suffisent dans tous les cas.

« Tout se fait par en bas, il faut fermer et non tirer, et sous la condition d'une exécution parfaite, d'en faire trop pour avoir fait assez » on peut compter 80 o/o de succès.

Routier, ancien chef de clinique de Le Fort et Richelot ont tous deux également abandonné le cloisonnement. « Il ne peut réussir, dit Richelot, qu'à condition d'aviver de larges surfaces et d'oblitérer le vagin, et il ne mérite pas, même à ce prix, beaucoup de confiance » (113).

Quatre ans plus tard, Terrier vit les choses tout autrement. Il fixa par en haut, l'hystéropexie devint le temps fondamental. La colpérinéorraphie n'apparut plus que comme un acte complémentaire.

Pourtant de nombreux auteurs restèrent fidèles au Bouilly et Pierre Delbet, Duval, Proust (45), perfectionnèrent la périnéorraphie par la suture des releveurs en arrière, tandis que Delanglade et Salva Mercadé décrivent leur suture en avant.

La méthode d'interposition utérine suivant la technique de Wertheim Schauta introduite en France par Martin, Violet, Abadie, rallia quelques suffrages.

La colpectomie de Muller fut décrite en France par Savariaud en 1906 (118). Il y adjoignit la périnéorraphie tandis que Desmarest et Lapointe la complétèrent par l'hystérectomie.

Pourtant le cloisonnement du vagin, de plus en plus orienté vers l'avivement étendu et limité dans son appli-

cation aux femmes ménopausées, de procédé historique « contestable » ou « à peu près abandonné aujourd'hui » allait revivre dans quelques centres chirurgicaux où « c'était chaque fois une surprise pour les élèves... les érudits avaient seuls quelques notions de cette vieille technique et encore ne s'attendaient-ils pas à ce qu'elle fût reprise en chirurgie moderne » (88).

A *Bordeaux*, Lanelongue pratiqua dès 1886 le cloisonnement à la Le Fort, mais en modifia la technique.

Il oblitérait le segment supérieur du vagin par accollement de deux surfaces trapézoïdales à base supérieure préalablement avivées. Il espérait ainsi laisser au vagin une profondeur importante.

Dubourg y adjoignit la périnéorrhaphie et modifia également mais légèrement la taille des lambeaux.

Le professeur Chavannaz reconnut le principe de l'impossibilité de conserver un vagin suffisant et d'obtenir une bonne cloison. En 1897, il publia deux succès datant de 14 et de 26 mois (17). En 1907, il inspira la thèse de son élève Dubois (40); en 1909, il revint à nouveau sur la question, publiant huit cas nouveaux qui sont huit succès.

En 1923, il publia dans la thèse d'Austry (4) 12 observations nouvelles dont cinq malades revues en parfait état.

A *Lyon*, c'est le Professeur agrégé Gaston Cotte qui se fait le propagandiste le plus fervent du cloisonnement du vagin.

De 1921 à 1922, il pratique 19 cloisonnements et complète chaque intervention par quelques points de suture

sur le périnée postérieur. Il publie ses résultats en 1922 dans le *Lyon chirurgical* et à la Société d'Obstétric et de Gynécologie de Paris. Il consacre à l'opération de Le Fort un remarquable article dans le *Journal de Chirurgie* (en collaboration avec Creyssel) en 1923, il inspire la thèse de Vitomir Govedarovitch où 18 observations sont publiées (64), 16 malades revues en parfait état.

A Paris, en 1913, M. le Professeur Lejars publie dans la *Semaine médicale* (88) un long article consacré au cloisonnement vertical du vagin dans le « traitement de certains prolapsus chez les femmes âgées ». Il y note 16 cas personnels. Depuis lors, le Professeur Lejars n'a cessé de pratiquer cette intervention et dans les documents qu'il a mis si largement à notre disposition nous avons relevé 32 cas personnels, que nous rapportons dans ce travail.

Le Professeur Jean-Louis Faure, décrit l'opération et la figure en 1911, dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* qu'il signe avec Siredey.

Il la pratique avec des résultats excellents « elle est d'ailleurs, dit-il, fort simple en théorie, et non moins facile à exécuter qu'à comprendre ».

Il y revient dans sa nouvelle édition de 1923 et dans son enseignement oral il ne cesse d'en vanter les bienfaits.

M. Douay, son chef de travaux gynécologiques, consacre à l'opération de Le Fort une étude dans le *Journal de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1920 (38).

Le Professeur Hartmann a toujours pratiqué l'opéra-

tion de Le Fort, convaincu de la nécessité de l'avivement large, il le rajeunit, en quelque manière, en décrivant sa technique en 1911 dans sa gynécologie opératoire, et en 1921 dans le *Journal de Gynécologie et d'Obstétrique* (4).

A la Société de Chirurgie, la question fut soulevée en 1923 par la communication de MM. Combier et Murard rapportée par M. Chiffoliau (22) et par celle de Gernez (61).

Des ouvrages sont publiés, Petit Dutailis décrit la technique dans la *Gynécologie opératoire*, Pauchet dans sa « Pratique chirurgicale illustrée ».

A l'étranger, quelques travaux paraissent qui, tous, proclament la nécessité de l'avivement large. Signalons ceux de Juvara (1919), Wyatt (1912), Forthergill (1917), Berkerley et Dolley (1920) Krull (1922).

Enfin, au 32^e Congrès de Chirurgie de Paris, MM. Bégonin et Savariaud, rapporteurs de la question mise à l'ordre du jour « Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux » font à l'opération de Le Fort une place prépondérante dans le traitement du prolapsus des femmes âgées « la roue de la fortune ramène cette belle opération au rang qu'elle n'aurait jamais dû quitter » (Savariaud).

Et dans les communications qui suivirent ces rapports, de nombreux chirurgiens. Mayer, de Bruxelles, Léo, de Paris, Vanverts, de Lille, Duverget, de Bordeaux, Leclerc, de Dijon, Rastouil, de La Rochelle, apportèrent et leurs observations et leurs résultats.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Les notions étiologiques qui se rattachent à l'étude du prolapsus total des vieilles femmes comportent trois ordres de faits bien distincts :

Des lésions mécaniques d'origine obstétricale.

Un état constitutionnel, véritable diathèse.

Un état physiologique : la sénilité.

Les lésions mécaniques sont préparées par la grossesse, déterminées par l'accouchement, mais elles n'acquiescent une importance primordiale comme facteurs de ptose que du fait des modifications portant sur la musculature et les organes pelviens, dans les suites de couche.

C'est là le trait d'union entre la théorie mécanique pure et celle qui rapporte l'origine des prolapsus à un état constitutionnel, à un tempérament.

« Plus les grossesses se multiplient, plus les accouchements se répètent et sont rapprochés, plus grandes sont les chances d'effondrement périnéal et de prolapsus génital » (51).

Pendant la grossesse le tractus génital, les muscles du périnée subissent une adaptation progressive, non

seulement à l'état nouveau, mais aussi à la fonction prochaine d'expulsion.

Tous les tissus s'hypertrophient et s'amollissent.

L'utérus en augmentant de volume soulève et distend ces ligaments.

Le vagin entraîné par le col s'allonge en même temps qu'il s'élargit dans tous les sens. Ces parois sont hyperhémisées et oedématisées. « Son allongement permet au second trimestre de la grossesse la facile ascension de l'utérus, et quand pendant le second trimestre l'utérus redescend, il se replie sur lui-même en accordéon » (72).

La nutrition du plancher pelvien est également modifiée, condition favorable au relâchement des tissus.

Au moment de l'accouchement normal le mobile fœtal, la tête en particulier, subissant la poussée des contractions utérines dilate le segment inférieur de l'utérus et le col qu'il franchit, puis dans son double mouvement de descente et de rotation exerce sur les parois vaginales une action violente qui tend à les séparer de leurs points d'attache. En franchissant enfin la vulve, il la distend au maximum.

Le défaut d'élasticité des tissus, les présentations vicieuses, les dimensions anormales de la tête, toutes cause de dystocies, soit maternelles, soit fœtales, auront pour effet d'augmenter le traumatisme des tissus ; il en résulte des déchirures du col utérin, du corps périnéal, déchirures totales, complètes ou incomplètes. Ces dernières sous-muqueuses, simple agrandissement de la fente vulvo-vaginale, n'entraînent pas d'inconvénient im-

médiat, restent ignorées le plus souvent et n'en constituent pas moins une amorce au prolapsus.

Après l'accouchement commence la période d'involution. Elle porte non seulement sur l'utérus, mais sur tous les ligaments et tissus pelviens.

Qu'un arrêt dans ce stade se produise, que l'utérus reste lourd, les ligaments étirés, les muscles et les aponeuroses infiltrés, incapables de répondre à l'effort par une contraction d'égale valeur, c'est l'affaissement périnéal.

« Les parois vaginales resteront trop grandes, trop flasques, comme privées d'adhérence et de rapport avec les parties voisines, dépourvues de force, de ténacité, elles se laisseront repousser, et, pour ainsi dire, dérouler de dedans en dehors, sous la poussée constante de la pression abdominale » (14).

Les déchirures du périnée sont donc loin d'être nécessaires; d'autre part, telle déchirure complète intéressant même le sphincter de l'anus, peut ne pas s'accompagner de prolapsus vaginal ni utérin et persister des années entières, sans qu'elle produise de descente des organes.

Au défaut d'involution succèdent des troubles de nutrition des tissus, ils débutent peu de temps après l'accouchement. Cette dystrophie tissulaire est-elle le fait de la grossesse, n'est-elle qu'une première manifestation d'une diathèse jusqu'alors silencieuse, et qui brusquement réveillée se met à évoluer avec rapidité.

L'existence de cette diathèse semble hors de doute.
Témoin le prolapsus des vierges et des nullipares.

La prédisposition individuelle et quelquefois familiale ne saurait être niée.

Tuffier, dans une leçon clinique, parle d'une « maladie par insuffisance physiologique des tissus normaux » (130) et montre ces types de malades avec « dépression générale des forces, impossibilité de faire un effort quelconque, paresse du tube digestif... troubles névropathiques généraux... rien dans leur histoire n'explique ces troubles, c'est bien une façon d'être ».

Glénard s'occupant des femmes de ce même type attire l'attention sur la fréquence des ptoses abdominales.

Doléris rattache cette insuffisance des tissus, cette atonie, cette défaillance devant l'effort à une infériorité non seulement qualitative mais quantitative du tissu musculaire, sorte de « *meïoprágie* » suivant l'expression que Potain a créée pour le cœur. « Les muscles sont incapables de répondre par une hypertrophie adéquate au travail modéré ou immodéré qui leur est demandé » (37).

Ils s'atrophient, s'affaissent, se laissent distendre, forcer.

Que cette insuffisance de tonicité trouve son explication dans un trouble de l'élément nerveux, comme le veut Reynier, ou dans un ensemble de lésions à la fois nerveuses, musculaires et vasculaires comme le proclame Doléris, c'est possible, peut-être s'agit-il seulement d'un trouble de sécrétion des glandes endocrines, de l'ovaire en particulier, car toutes modifications portant sur ces glandes (puberté, grossesse, ménopause)

retentissent sur cet état pour en accélérer l'évolution.

Quoi qu'il en soit, Pozzi, Richelot, classent ces malades dans le groupe des neuro-arthritiques héréditaires ou acquis, « migraines, eczéma, douleurs articulaires, point névralgiques, varices, constipation, tels sont les petits maux qui survivent à la guérison de leur infirmité, qui leur donnent un air de famille et marquent un tempérament (113). »

Au moment de la ménopause, âge véritable des crises organiques, nouveau retentissement sur la vitalité des tissus. Toutes les ptoses génitales jusque-là compensées, souvent même ignorées, vont subir une poussée évolutive nouvelle.

Après la ménopause : période d'atrophie. Elle portera sur les muscles, sur les ligaments, les aponévroses, sur le tissu cellulaire pelvien, véritable ciment entre les organes, le péritoine et la paroi. Ce tissu disparaissant peu à peu, crée des plans de clivage, agrandissant le contenu, il laisse place à l'abaissement des organes abdominaux qui viendront presser sur le plancher uro-génital.

Dès lors le prolapsus se complète s'il ne l'était déjà, retour aggravé d'une ancienne déviation, forme tardive qui n'est que le stade ultime d'une longue et lente évolution.

A ces notions fondamentales sur l'étiologie du prolapsus, il convient d'ajouter quelques causes adjuvantes, tirées des considérations sur l'anatomie morphologique de la femme, Jayle y insiste dans son traité (77).

C'est tout d'abord la situation postérieure de la vulve qui facilite l'apparition du prolapsus. C'est ensuite la conformation générale du corps : le prolapsus se rencontre surtout dans le type abdominal, il est plus exceptionnel dans le type thoracique ; il y a lieu de noter également la valeur des déviations scoliotiques, des déviations du bassin, de la situation arquée des membres inférieurs.

Les conditions déterminantes essentielles sont : l'effort et la poussée abdominale.

L'effort répété que nécessitent les professions pénibles de la clientèle hospitalière, notamment parmi les femmes travaillant en station debout, l'effort répété de la toux chez les emphysémateux, bronchitiques, agit lentement sur le diaphragme pelvien qui cède au lieu de réagir.

L'effort violent occasionnel n'intervient que pour accentuer ou rendre brutalement apparent un prolapsus caché.

La poussée abdominale agit non seulement comme cause déterminante, mais c'est elle qui maintient la lésion une fois constituée.

Comment ces faits étiologiques vont-ils entrer en action ? Par quel mécanisme se constituent les lésions ?

Un rappel anatomique est nécessaire.

L'utérus est à la fois suspendu par des attaches ligamentaires et péritonéales et soutenu par un plancher musculo-aponévrotique. L'importance primordiale dans la fixité revient aux moyens de soutènement,

Les ligaments ronds maintenant l'anteversion, les ligaments larges et infundibulo-pelviens, maintenant l'utérus dans un plan sagittal, n'assurent qu'une suspension tout à fait relative — ce sont les organes d'équilibre, de direction.

Leur relâchement aura pour conséquence une mobilité anormale de l'utérus, sa bascule en arrière, son parallélisme avec le vagin. Il est dès lors prêt à se laisser glisser, mais tant que les éléments de soutien gardent leur intégrité aucun prolapsus n'est possible.

Ce soutien est le fait du plancher pelvien et de la gangue cellulo-fibreuse pelvi-sous-péritonéale à laquelle se rattachent les ligaments utéro-sacrés.

Le plancher pelvien est constitué de la superficie à la profondeur par deux plans musculaires encadrés d'aponévroses.

Le premier plan immédiatement sous-jacent à l'aponévrose superficielle comprend :

La ligne des sphincters ano-vulvaires antéro-postérieure.

Celle des transverses, perpendiculaire à la première.

Ces muscles dessinent une sangle contractile en forme de croix, dont les branches émanées du pubis, du coccyx et des ischions, s'entrecroisent au niveau du corps périnéal.

Celui-ci, véritable nœud central, constitue un des points les plus importants de la résistance pelvienne.

Incliné de haut en bas et d'arrière en avant, il avance sur la paroi postérieure du vagin qui reste en retrait, il la soutient et donne appui à la paroi antérieure,

Trait d'union entre les deux sphincters, il permet leur action combinée, s'oppose à la béance de la vulve et maintient en bonne situation, la partie inférieure du conduit vaginal.

Plus profondément, le diaphragme uro-génital; double triangle aponévrotique, dont la base répond aux branches ischio-pubiennes, depuis le pubis en avant jusqu'à l'ischion en arrière, dont le sommet tronqué se fixe sur les bords latéraux et postérieur du vagin, à son union avec la vulve.

L'urèthre en avant passe entre les deux parties droite et gauche.

Le deuxième plan musculaire est disposé à la façon d'un diaphragme, il est constitué par l'ischio-coccygien et le releveur de l'anus, « véritable entonnoir musculaire dont les fibres passent en arrière du diaphragme uro-génital pour aller s'insérer sur le raphé coccy-anal, sur les parties latérales de l'anus, sur le raphé ano-vulvaire.

Les fibres les plus postérieures encerclent le rectum, les antérieures le vagin, en arrière et au-dessous duquel elles forment une véritable sangle qui rapproche sa paroi postérieure de sa paroi antérieure. »

Ce faisceau pubo-rectal est des plus importants. En pratique l'adhérence du muscle et du vagin équivaut à une véritable insertion, une dissection minutieuse peut seule les séparer. Le releveur enveloppe donc le canal vaginal dans une sangle élastique et contractile dont le rôle sera d'appliquer ces parois l'une contre l'autre.

C'est pourquoi le vagin apparaît à l'état de repos

sous l'aspect d'un canal virtuel, dont l'orifice est fermé, le plan de la paroi vaginale postérieure se relève vers la fourchette, d'autant plus que celle-ci se rapproche plus près de pubis.

Dès lors, la poussée abdominale, l'effort, auront pour effet d'accoler ces deux parois du vagin, l'une contre l'autre.

Que le corps périnéal s'affaisse, c'est le rejet de la fourchette en arrière, la béance du vagin, le porte à faux de la paroi vaginale antérieure, « tendue comme un voile sans soutien » son déroulement progressif, suivi de la paroi postérieure. Ce déroulement sera d'autant plus aisé et plus rapide, que les moyens d'attache auront été compromis ou détruits par le traumatisme obstétrical et le défaut d'involution.

Le vagin tire sur l'utérus et l'entraîne, c'est lui « le seul coupable », l'utérus n'est que « son complice ».

*
* * *

De ces notions courantes, quelles conclusions pouvons-nous tirer ?

Pour lutter contre le prolapsus, c'est au périnée qu'il faut s'adresser, fermé par en bas et non tiré par en haut.

Tant qu'une musculature périnéale est suffisante, on peut espérer en reconstituant les muscles, redonner au vagin ses points d'attache ; lorsqu'elle est déficiente et sans valeur la reconstitution périnéale devient illusoire,

car cette déficience est non seulement fonction de déchirure, mais liée à une diathèse.

Il faut alors se contenter d'opérations strictement vaginales, considérer le prolapsus génital comme une véritable hernie, la réduire, fermer le sac aussi complètement que possible, et créer dans l'épaisseur des parois vaginales une cloison fibreuse, dense, capable de donner aux organes pelviens le point d'appui qu'ils ont perdu, ce sera le but de l'opération de Le Fort.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous nous adressons au prolapsus génital complet : affaissement en masse du périnée, des parois vaginales, et de l'utérus, qui, soit spontanément, soit dans l'effort, s'exteriorise et pend entre les cuisses.

Nous ne l'étudierons que chez la femme âgée (on l'y rencontre presque exclusivement) ; chez la femme ayant passé la cinquantaine et ménopausée.

Les caractères cliniques qu'il présente ont quelques traits particuliers.

Ce sont rarement des douleurs qui amènent les malades à consulter ; c'est, le plus habituellement, la gêne mécanique créée par la présence de l'utérus prolabé, c'est bien souvent encore une complication urinaire, incontinence ou cystite.

Ce prolapsus s'est installé très progressivement. Il est tout à fait exceptionnel que le début en soit subit, et les quelques cas de prolapsus aigu qu'on trouve dans la littérature, ne sont, très probablement, que des prolapsus ignorés, silencieux car indolores, et qui, à l'occasion d'un effort, font subitement hernie par la vulve.

Ces femmes sont toutes uni ou multipares. Les ac-

couchements ont été quelquefois faciles, le plus souvent laborieux, provoqués au forceps, suivis de déchirures ; beaucoup ont allaité, se sont levées trop précocement.

Les travaux pénibles ont été longtemps supportés, et c'est depuis cinq, dix, vingt ans qu'elles se savent atteintes de « chute de matrice » sans se soucier davantage de leur mal. Quelques malades de la clientèle hospitalière conservent leur infirmité de très nombreuses années, vaquant à leurs occupations, biaisant pour s'asseoir, arrêtées un jour parce que le vagin retourné ou le col ulcéré, s'irritent, s'enflamment et suppurent, soit encore parce que les troubles urinaires sont apparus.

Nous sommes loin des phénomènes douloureux si marqués, si rebelles, des petits prolapsus, de ces névralgies pelviennes que ne justifie ni un léger degré de cystocèle, ni un utérus ballant. L'opposition est nette.

L'indolence des prolapsus totaux chez les femmes âgées est signalée dans tous les traités classiques. Elle est vraiment très remarquable. Les femmes qui souffrent sont celles chez qui le prolapsus est apparu brusquement, à la suite d'un effort. Les autres sont simplement incommodées par la présence de ce corps étranger entre les cuisses.

Si l'élément douloureux fait souvent défaut, les troubles urinaires sont plus fréquents et plus impératifs aussi. Ce sont des envies fréquentes, des incontinenances et quelquefois des phénomènes de cystite.

Rarement incontinence absolue. C'est au moment d'un effort de toux, d'éternuement, que la malade perd une petite quantité d'urine. L'irritation vulvaire, celle

de la face interne des cuisses, crée rapidement une situation pénible.

La fréquence des mictions, les douleurs, tous signes de cystite, ne tardent pas à les amener vers le médecin.

Incontinence partielle, cystite, sont des symptômes grossiers d'un retentissement du prolapsus sur l'appareil urinaire, mais ils ne sont pas isolés.

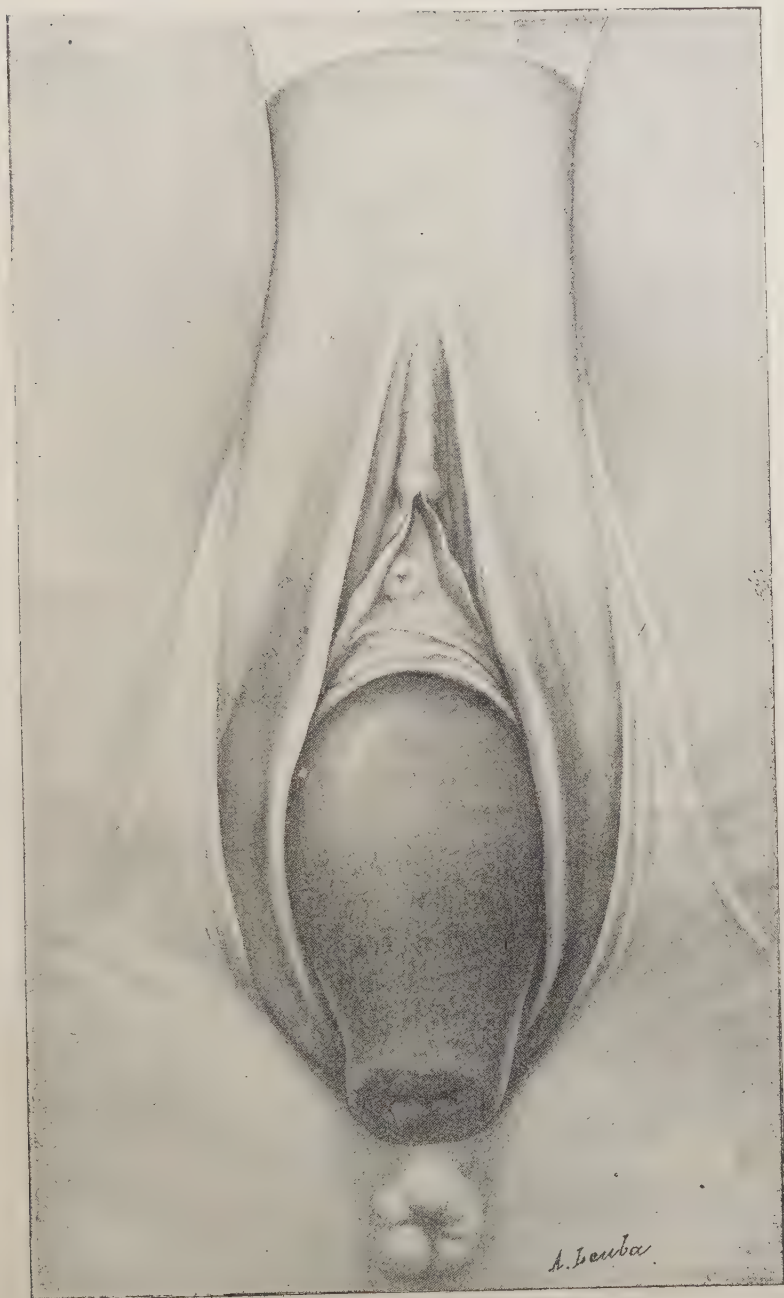
A l'examen (Planche I), la vulve est béante, les grandes lèvres écartées par une tumeur dont le volume varie du poing d'un enfant au poing d'un adulte, pouvant même devenir égale à la tête d'un nouveau-né.

Elle est pyriforme ou ovoïde, tronquée à son sommet inférieur, large à sa base qui se continue avec la paroi vaginale en avant et se perd dans la vulve sur les côtés et en arrière.

Elle est revêtue par les parois vaginales retournées en doigt de gant.

Cette muqueuse vaginale a perdu son aspect habituel. Elle est lisse, tendue, plus de plis, de rides, de sillons transversaux ; elle est rosée, plutôt pâle, en certains points livide. Elle est sèche et comme kératinisée : cette muqueuse semble s'épidermiser. Ces caractères sont surtout nets à la partie moyenne de la tumeur et sur sa face antérieure. Les faces latérales et postérieure sont toujours plus amincies, plus vives en couleur, souvent suintantes.

Le col de l'utérus est effacé, marqué seulement par son orifice. Il est irrégulier, agrandi, la muqueuse intra-cervicale est éversée, fissuaire. Les lèvres épaisses, nabokystiques,



Prolapsus génital total chez une femme de 57 ans.

Les ulcérations du col sont fréquentes, les unes, intra-cervicales, sont profondes, irrégulières, à fond rouge ou grisâtre, suintantes, les autres, exo-cervicales, sont plutôt des exulcérations ovalaires, ou en forme de haricot, à hile tourné vers le haut.

Par le col s'écoule une sérosité glaireuse.

Ces ulcérations portent également, sur le corps même de la tumeur, sur les faces latérales ou postérieures.

Autour d'elles, la muqueuse est amincie, adhérente, rouge vif.

L'orifice urétral est saillant, caronculeux, à bords épais et rougeâtres, souvent polypiforme.

Au palper, l'ensemble de la tumeur donne une sensation de mollesse, plus marquée vers la base que vers le sommet, où la palpation attentive pourrait, dans les cas favorables, permettre de délimiter l'utérus.

Celui-ci est petit, rétracté, « sénile », quelquefois il est petit et allongé. Mesurée à l'hystéromètre, la cavité montre une profondeur de 8, 10, 11 centimètres.

Cet agrandissement relève de l'hypertrophie sus-vaginale du col. Allongement longitudinal n'intéressant ni le corps ni le fond, auquel Huguier, en 1859, avait attribué une notion pathogénique dont l'importance exagérée a eu tout au moins le mérite d'attirer l'attention sur la lésion elle-même.

Sur la face antérieure, il n'y a pas de cul-de-sac. La procidence de la paroi vaginale antérieure descend en pente douce jusqu'au voisinage du col.

Latéralement les culs-de-sac sont d'autant plus profonds que plus postérieurs.

En arrière, sauf dans les cas de rectocèle, il existe un cul-de-sac profond de 3 à 5 centimètres.

La rectocèle, quoique beaucoup moins fréquente que la cystocèle, doit toujours être recherchée.

La profondeur exagérée du cul-de sac de Douglas qui l'accompagne constitue un danger opératoire. Pour la reconnaître, il faudra pratiquer le toucher rectal.

L'index, après la traversée sphinctérienne, se recourbera en avant, prenant contact avec la paroi antérieure du rectum qu'il suit, explorant la profondeur de la procidence et ses rapports avec la hernie vaginale.

« Si la paroi vaginale postérieure bombe fortement à « la vulve pendant l'effort, et si le doigt introduit dans « le rectum constate que celui-ci ne fait pas partie de la « paroi prolapsée : le cul-de-sac descend très bas ». (139).

Pour continuer l'étude clinique du prolapsus, il faut :

Réduire la tumeur ;

Etudier le vagin ;

Explorer le pubis ;

Apprécier la valeur de la musculaire périnéale.

RÉDUCTION DU PROLAPSUS : Elle est pratiquée en position gynécologique, siège élevé, tête basse.

Une main saisit la tumeur, et la repousse lentement, progressivement, en bas et en arrière, vers le sacrum. L'autre main, placée sur l'hypogastre, s'assure du relâchement de la paroi abdominale.

Certains prolapsus refusent de se laisser réduire au premier examen, et même convenablement traités seront irréductibles dans les séances qui suivront. D'autres restent contenus si la malade garde le repos au lit,

d'autres se reproduisent immédiatement. Certains mêmes ne peuvent être maintenus, malgré tamponnements vaginaux et bandages périnéaux. Si la malade se lève, marche, fait un effort quelconque, ils se reproduisent. A ce point de vue, on peut reconnaître des prolapsus permanents, des prolapsus intermittents :

Les uns sont spontanément réductibles, d'autres réductibles après repos, soit spontanément, soit par manœuvres. Ils peuvent être bien tolérés ou mal tolérés, l'utérus ayant perdu droit de domicile.

Une fois le prolapsus réduit, la vulve se présente large, béante et molle. Les grandes lèvres distantes l'une de l'autre, la fourchette n'est plus séparée de l'anus que par 2 ou 3 centimètres.

EXAMEN DU VAGIN ET DU PELVIS : Au toucher les parois vaginales sont atones, la cavité très agrandie, très profonde. L'index refoule le col sans obstacle.

Le palper bi-manuel permet l'étude plus complète du vagin.

La main abdominale sent le corps utérin mobile et basculé en arrière. Elle apprécie sa forme, recherche s'il n'y a pas de fibrome surajouté. L'exploration des annexes est également indispensable, il est bien rare, du reste, qu'elles soient trouvées malades.

ETUDE DU PLAN MUSCULO-APONÉVROTIQUE : La musculature périnéale est flasque. Cette perte de tonicité porte sur le périnée inférieur, mais aussi, et principalement, sur les muscles releveurs. C'est surtout le toucher vaginal qui permet d'apprécier l'état des muscles. Voici

la manière de faire cet examen, telle que la pratique M. le Professeur Delbet (38).

« Deux doigts sont introduits dans le vagin, après réduction du prolapsus ; nous demandons à la malade de rapprocher les genoux, pendant que nous nous opposons à ce mouvement, les muscles abducteurs se contractent, et synergiquement les releveurs de l'anus : on sent alors deux cordes se tendre, et les deux doigts écartés sont repoussés l'un vers l'autre. Plus simplement, on peut demander à la malade de serrer les fesses avec énergie, et la contraction des releveurs vient très apparente au doigt vaginal ».

Dans les prolapsus séniles, les releveurs sont le plus habituellement atrophiés, en même temps que le tractus génital.

Signes et complications urinaires

Le voisinage immédiat de la vessie, les connexions intimes qui l'unissent à l'utérus et au vagin, expliquent la fréquence des troubles urinaires dans les prolapsus génitaux.

Si des symptômes tels qu'incontinence, fréquence des mictions, mictions douloureuses, attirent bruyamment l'attention, il y a des signes plus discrets qu'on ne trouve que lorsqu'on les recherche, et qui n'en sont pas moins importants à connaître tant au point de vue opératoire que pour établir le pronostic probable de l'intervention.

Ces phénomènes traduisent un état anatomique qui porte sur le sphincter vésical, et sur la totalité de la vessie entraînée par le prolapsus.

Le sphincter est étiré et atrophié ; il devient insuffisant.

La vessie, attirée par le vagin, descend bien au-dessous de la symphyse.

Sur la face antérieure de la masse herniée, au niveau de la base, une mollesse particulière témoigne sa présence.

Pour mesurer le degré de la procidence vésicale, on peut introduire un sonde en gomme par l'urèthre, en la dirigeant en bas et en arrière. La sonde s'engage dans le bas-fond vésical, et sera perçue par le palper sur la face antérieure de la tumeur vaginale.

Elle butera souvent à 2 ou 3 centimètres du col utérin.

L'existence de ce bas-fond peut être encore mise en évidence en sondant la malade après miction spontanée : il persiste un résidu vésical de 20, 30, 80 grammes d'urine.

Certaines malades ne peuvent uriner qu'en réduisant partiellement le prolapsus.

Cette stagnation est une condition de premier ordre pour le développement de l'infection vésicale.

On a signalé la présence de calculs vésicaux, ce qui prouve, comme l'a montré M. le Professeur agrégé Chevassu, que les calculs urinaires ne se développent que lorsqu'il y a un obstacle à l'évacuation normale de l'urine.

L'examen cystoscopique a rarement l'occasion d'être pratiqué. Il est du reste très difficile.

La distension de la vessie par le liquide introduit ne lui rend pas sa forme première.

Le cystoscope bute très vite contre la paroi vésicale postérieure. La vessie est comme aplatie d'avant en arrière. Pour explorer la partie supérieure, il faut porter le pavillon du cystoscope très bas, le dôme vésical est effilé en cône, et la bulle d'air se cache très haut.

Sur les parois latérales, on note de nombreux plis longitudinaux.

Toute la partie inférieure apparaît comme une large fente. Si on y pénètre avec le cystoscope, en relevant le pavillon aussi haut que possible, on trouve les orifices urétéraux, mais avec peine : ils sont sur le versant antérieur de ce cul-de-sac, à 2 centimètres environ du col vésical, très rapprochés de la ligne médiane, cachés par les plis de muqueuses. On se rend aisément compte que si la pénétration de ces orifices au moyen de la sonde urétérale était possible, la montée de cette sonde serait, sinon impossible, du moins très difficile dans les cas de prolapsus incoercible.

Les voies urinaires supérieures peuvent avoir à supporter le contre-coup de cet état de la vessie. On a signalé la dilatation des uretères. Deux observations publiées par Desmoulin au *Congrès de Chirurgie* de 1896, sont assez démonstratives. Mais ces faits doivent être très exceptionnels.

L'infection urinaire ascendante est plus fréquente. Elle va de la pyélo-néphrite, légère et fugace, à la pyélo-néphrite chronique ou à répétition.

Aussi, chez ces malades âgées dont l'état général commande la plus grande prudence au point de vue opéra-

toire, est-il bon de s'assurer toujours de l'état, ou mieux de la valeur fonctionnelle des reins.

Tel rein, parfaitement capable d'accomplir sa besogne quotidienne dans le courant d'une vie banale, pourra devenir insuffisant au sujet d'un choc minime, sans qu'aucun symptôme ait attiré jusque-là l'attention sur lui.

Comme nous disposons aujourd'hui d'une méthode simple, véritablement clinique, à la portée de tous, pour apprécier la valeur rénale, il nous semble qu'elle trouve ici son application.

Cette exploration est celle de l'élimination de la sulfonephénolphtaléine; épreuve colorimétrique facile à réaliser. Elle renseignera sur la valeur globale des reins, sur leur résistance devant l'effort qu'on va leur demander. Mieux que tout autre examen, elle indiquera l'anesthésique de choix, elle préviendra les catastrophes.

Cette méthode a la même valeur que la constante d'Ambard, mais ne demande aucune installation de la-

Epreuve de la sulfonephénolphtaléine. Vider la vessie (par sondage laisser la sonde bien au point).

Injection intramusculaire dans les lombes ou mieux intraveineuse de 6 milligrammes de sulfonephénolphtaléine (ampoules toutes préparées) de 6 mm. par cmc.

Recueillir des urines par la sonde vésicale, pendant 1 h. 10.

La quantité d'urine recueillie est versée dans une éprouvette et ramenée à 1 litre.

Alcaliniser la solution par quelques cm³ de lessive de soude.

Prélever un échantillon et comparer aux tubes étalons.

Le pourcentage d'élimination normale est pour le temps donné de 50 à 60. 0/0.

Au-dessous de 50 0/0 il y a un trouble de l'excrétion uréique.

Au-dessous de 25 0/0 il y a azotémie importante.

boratoire, aucun calcul, elle peut être pratiquée au pied du lit du malade, elle se répandra avec intérêt dans les services de chirurgie.

Examen de l'état général. — Tous ces examens seront complétés par l'exploration des poumons, du cœur, du foie. On ne saurait être assez complet chez ces sujets déficients, souvent emphysémateux, dont le cœur déjà fatigué n'attend qu'un faible choc pour devenir insuffisant.

Avant de terminer l'examen clinique, signalons que certaines lésions se trouvent très rarement associées au prolapsus complet. Ce sont la métrite vraie, les affections annexielles, le cancer utérin.

TRAITEMENT

Traitement médical

Y a-t-il un traitement médical du prolapsus total ? Comment le conduire ? Que faut-il en attendre ?

Evidemment, on peut soulager les malades, on peut, pour un temps plus ou moins long, leur donner une vie possible, mais on ne remédie pas au mal, on le rend seulement supportable.

Le traitement médical s'adresse plus volontiers aux classes aisées qu'à la clientèle hospitalière.

Le pansement régulier des ulcérations, les tentatives de réduction prudentes et répétées, les bains de siège et surtout le repos horizontal, au lit si possible, produiront un effet salulaire en diminuant l'œdème, l'hyperémie et en asséchant les plaies. Mais au moindre effort, et souvent dès le premier pas, le prolapsus se reproduit.

On propose alors le port d'une ceinture abdominale et d'un pessaire.

La ceinture abdominale prenant bien la région sous-ombilicale, se laissant en arrière et mise en bonne place avant le lever, soulage le diaphragme et les organes pel-

viens en permettant à la poussée abdominale de se faire en grande partie sur elle.

Que faut-il attendre des pessaires vaginaux (Dumonpallier, Hodge, Sims, etc)... qui tous, pour être d'une utilité quelconque demandent un point d'appui inférieur que ces périnéés atones ne leur fournissent pas.

Les petits numéros deviennent rapidement insuffisants et sont expulsés soit spontanément, soit à l'occasion de la défécation. On les remplace par des pessaires de dimensions croissantes, mais ceux-ci distendent les tissus et peu à peu aggravent la lésion au lieu de la guérir.

Ils agissent comme de véritables corps étrangers, ils traumatisent la muqueuse, qui s'irrite et s'ulcère.

Peut-on accorder plus de crédit aux hystérophores, sortes de pessaires abdominaux-génitaux appliqués dans le vagin et prenant point d'appui sur un bandage passant entre les cuisses et allant s'attacher à une ceinture ordinaire ?

Le type le plus employé est le pessaire de Borgnet ; il refoule bien l'utérus, le maintient correctement, mais il est tellement traumatisant que l'application en est vite limitée et c'est, en somme, remplacer une infirmité par une autre plus gênante encore.

De tous ces pessaires, on a pu dire « le meilleur ne vaut pas grand'chose ».

Le massage, la gymnastique auraient, dans certaines mains, donné quelques résultats.

Tous ces moyens médicaux ne sont que des palliatifs. Ils peuvent soulager, pour un temps très limité ; ils ne guérissent pas. Ils restent propres aux malades dont

l'âge trop avancé, l'état général déficient, ou une diathèse telle que tuberculose ou diabète contre-indique toute intervention.

Ils ne tirent leurs indications que des contre-indications opératoires.

HYSTÉRECTOMIE

La première hystérectomie pour prolapsus utérin est attribuée par Asch (3) à Chopin (1867), mais, d'après Quénu, (110) l'idée en reviendrait à Oakley de Birmingham « qui, dans une lettre adressée à Smellie en 1757, raconte qu'en de telles circonstances il proposa à la patiente l'extirpation de l'organe par ligature ; son offre fut refusée ».

Oakley aurait-il lu un traité de chirurgie datant du ⁱⁱe siècle « où Soranus rapporte le cas d'un utérus prolapsé à demi putréfié, enlevé en totalité et sans dommage pour la malade » (15).

Evidemment, c'était l'idée qui tout d'abord venait à l'esprit à l'époque où l'on croyait que l'utérus était « le grand coupable ». Il se présentait trop bien pour ne pas tenter les opérateurs.

Très répandue en Allemagne, en Amérique et en Italie, l'hystérectomie fut pratiquée en France par Richelot, Terrillon, Gouilloud, Lejars et Quénu.

Mais rapidement on s'aperçut qu'après l'ablation de l'utérus, les parois vaginales retombaient en masse et que le prolapsus se reproduisait,

Au Congrès de Chirurgie de 1896, Richelot condamna sévèrement l'hystérectomie, et la plupart des orateurs se rattachèrent à son opinion.

Elle ne semble pas s'être relevée aujourd'hui de cette condamnation.

L'acte opératoire n'est pas aussi simple qu'on peut le supposer *a priori*.

L'utérus, bien souvent petit, est entouré par un tissu œdémateux, infiltré, très vasculaire, « comme caverneux, gorgé de sang, contenant des gros vaisseaux » (116).

Trouver le bon plan de clivage est malaisé, le suivre est plus pénible encore.

Quénu et Lejars signalent la grosse difficulté qu'ils éprouvent à décoller la vessie, la proximité du rectum expose à sa blessure, enfin, l'ouverture du péritoine n'est pas sans danger, si l'on songe à ces cols gros et ulcérés qui accompagnent les lésions.

Qu'elle soit abdominale ou vaginale, les suites opératoires immédiates témoignent en général d'un shock intense.

La mortalité opératoire donnée par Hartmann et Dubouchet est de 10 0/0 environ (69).

Difficile, dangereuse, inutile comme traitement dirigé contre le prolapsus lui-même, elle ne trouve ses indications que dans les cas de prolapsus irréductible, incoercible, ou lorsqu'une affection utérine (fibrome, cancer) ou annexielle associée à la ptose, réclame l'extirpation de l'organe.

C'est dans ces limites qu'elle peut rendre des services,

mais il faut lui associer un acte complémentaire dirigé contre la déficience des moyens d'attache du vagin.

Si elle est exécutée par la voie abdominale :

Legueu propose la fixation du moignon du col, à l'angle inférieur de la plaie abdominale ; il termine par une colpopérinéorraphie.

Muller solidarise également le col et la paroi.

Polosson extériorise le dôme vaginal par la brèche péritonéale qu'il referme et inclut ce pédicule dans les plans musculo-aponévrotiques.

Jacobs, de Bruxelles, unit le moignon du col préalablement fermé aux moignons des ligaments larges.

Si elle est exécutée par la voie vaginale, trois possibilités :

— Colpopexies ligamentaires dont le type est le procédé de Quénu : fixation du moignon vaginal au ligament large.

— Colpectomie totale par les procédés de Fritsch, Martin, Pozzi que nous verrons à « colpectomie ».

— Colpopérinéorraphie typique.

Ces actes chirurgicaux associés à l'hystérectomie ont pu, dans les mains de leurs auteurs, donner quelques succès immédiats.

Mais tous ceux qui ne s'accompagnent pas d'un acte périnéal dirigé contre sa déficience sont à plus ou moins longue échéance, voués à l'échec.

Les colpopexies ligamentaires sont bien peu rationnelles, car les ligaments larges ne sont pas, comme le veut Quénu, des lambeaux autoplastiques. Il ne se pro-

duit pas une rétraction vers le haut, relevant vagin, vessie et rectum. La distension ligamentaire s'établit peu à peu et en fin de compte le prolapsus se reproduit dans un grand nombre de cas.

Les colpectomies totales, les colpopérinéorraphies s'adressant directement à la réfection périnéale agissent pour leur propre compte, elles se suffisent à elles seules, il n'est point nécessaire de leur associer l'ablation de l'utérus dans les cas habituels.

L'HYSTÉROPEXIE

On peut réaliser :

— Soit une fixation directe du col utérin à la paroi (ventro-fixation à la Terrier — inclusion de l'utérus entre le péritoine et la paroi à la Rouffart — ou dans l'épaisseur même de la paroi à la Kocher).

— Soit une fixation indirecte de l'utérus, par l'intermédiaire des ligaments ronds (extra-abdominale, procédé d'Alquié Alexander, ou intra-abdominale, procédé de Baldy-Dartigues-Doléris).

Toutes ces opérations qui tirent par en haut pour lutter contre la chute de l'utérus apparaissent aujourd'hui comme illogiques.

Considérées en elles-mêmes et comme opération unique, elles ne peuvent avoir la prétention de guérir la cystocèle, la rectocèle et de maintenir en bonne place « le seul coupable » le vagin.

Si la fixation est réalisée par le corps utérin (elle est habituellement solide lorsqu'on emploie des fils non résorbables) les parois vaginales tirent sur l'utérus qui s'allonge jusqu'à mesurer 18 et 20 cm. et le prolapsus se reproduit.

Mêmes résultats plus précoces encore dans les cas de ligamentopexie, car on s'adresse à un matériel qui n'a pas de valeur devant l'effort qu'on lui demande.

L'hystéropexie apparaît non comme un véritable moyen de suspension, mais comme une opération destinée à détruire le parallélisme entre utérus et vagin et à maintenir l'antéversion physiologique.

Elle ne trouve son indication que dans les débuts de prolapsus pelviens, ceux qui se produisent de haut en bas, suivant l'expression de Descomps. Dans ces cas, la mobilité utérine jointe à la descente du col constitue toute la symptomatologie, le périnée restant intact ou à peu près.

C'est le propre des prolapsus des vierges et nullipares.

Mais dans les prolapsus totaux, l'hystéropexie ne peut à elle seule suspendre l'utérus et lutter contre la cystocèle et la rectocèle, qui réclament un traitement spécial. C'est donc une opération complémentaire, l'acte fondamental restant une opération périnéo-vaginale.

**OBLITÉRATION
DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS.
FIXATION PAR LE COLON PELVIEN
OU RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS
RONDS**

L'oblitération du Douglas préconisée par M. Le Professeur agrégé Marion s'obtient en passant tout autour de ce cul-de-sac une série de points en cordon de bourse.

Créer ainsi une adhérence intime et solide entre vagin et utérus, d'une part, rectum d'autre part, c'est réaliser 1° une colonne fibreuse en arrière de l'utérus et ; 2° supprimer l'entérocele que la poussée abdominale glisse dans le cul-de-sac et par elle agit sur le vagin.

On peut y associer soit le raccourcissement des ligaments ronds (114) soit encore la fixation du côlon pelvien au détroit supérieur : la colonne fibreuse rétro-utérine se trouve ainsi suspendue au petit psoas par l'intermédiaire de ce segment d'intestin.

M. le Professeur agrégé Descomps compte, par ce procédé, plusieurs succès.

Ce sont évidemment des opérations rationnelles, et

si l'on est amené à pratiquer une laparotomie on peut les réaliser avec intérêt ; mais trop peu de cas sont publiés jusqu'à ce jour, ce n'est pas là le traitement de choix.

COLPORRAPHIES ET COLPOPÉRINÉORRAPHIES

Les colporraphies antérieures et les colpopérinéorraphies jouissent, à l'heure actuelle, d'un grand crédit.

Associées à l'hystéropexie, elles constituent la triple opération « la méthode française » suivant l'expression de Walther que MM. Bégouin et Savariaud déclaraient au dernier Congrès, la méthode de choix.

Ces trois opérations combinées répondent aux trois grandes conditions à remplir pour la cure du prolapsus :

- 1° Reconstituer le périnée ;
- 2° Retenir le vagin ;
- 3° Détruire la continuité du vagin et de l'utérus ;

« Accessoirement, on ampute le col, et on pratique un curettage (7) ».

Loin de nous l'idée de médire de la triple opération. Mais il semble juste de constater qu'elle ne peut s'appliquer avec chance de succès indifféremment à tous les cas.

Tout d'abord, la colpopérinéorraphie ne suffit pas à elle seule. En cas de prolapsus complet, une hystéropexie doit la compléter.

« Derrière une façade de belle apparence, avec une
» vulve étroite comme celle d'une fillette, le doigt sent
» le col utérin abaissé, qui vient comme un béliet heur-
» ter et battre le rideau superficiel ».

« Derrière le mur périnéal les viscères pelviens sont
» de nouveaux effondrés et étalés (139) ».

Et c'est ce choc constant que chaque effort rend plus intense, qui distendra les tissus.

La récurrence sera de règle.

D'autre part, la colpopérinéorrhaphie ne vaut que ce que vaut le périnée lui-même.

Quel crédit accorder à la réfection d'un périnée qui, pratiquement n'existe plus ? Dans les cas où l'examen a montré la persistance des releveurs, on est en droit d'escouter, par une opération large et très correcte, la formation d'une sangle musculaire résistante, mais, chez ces malades dont le périnée a subi une sorte d'invololution sénile, il est tout à fait illusoire de chercher dans le décollement postérieur un ruban musculaire quelconque donnant aux fils un bon point d'appui.

C'est une suture en masse que l'on pratique, rapprochant vers la ligne médiane tout ce qui veut bien venir, et l'on associe cette suture à une résection vaginale étendue.

Dans ces cas, le rétrécissement du vagin, les larges résections tant postérieures qu'antérieures jouent un rôle peut-être plus grand que la restauration musculaire.

Malgré ces résections, la réunion périnéale ne supporte pas l'épreuve du temps. Elle s'amincit, se distend à un tel point que l'utérus reparaît à la vulve.

La colpopérinéorrhaphie doit être réservée au cas de prolapsus complet chez les malades dont le périnée présente encore une valeur au point de vue musculaire.

Seule l'épreuve des releveurs complétant systématiquement chaque examen permettra de s'en rendre compte.

En dehors de ces considérations, il faut reconnaître aussi que la colpopérinéorrhaphie, pour être efficace dans ces cas, comporte des points de technique qui n'excluent pas tout shock opératoire, s'ils sont assez complets pour assurer le succès.

L'avivement postérieur doit être, en effet, une véritable résection comprenant toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Pour arriver à ce but, le décollement postérieur doit donc fatalement remonter très haut ; chez les femmes âgées, on tombe souvent sur un réseau veineux très développé qui saigne abondamment. L'hémostase est longue et difficile ; elle doit être très complète car pour réussir une périnéorrhaphie il ne faut pas d'hématome post-opératoire.

La nécessité de ce large décollement se retrouve encore si l'on désire amener au devant du rectum une masse épaisse tenant lieu de corps périnéal nouveau.

Il faudra donc remonter très haut pour trouver les tissus nécessaires à édifier cette paroi vaginale postérieure qui au fur et à mesure que les points de suture seront serrés, montera au devant de la paroi antérieure relevant très haut la commissure.

En résumé, les colpopérinéorrhaphies appliquées au traitement de prolapsus totaux chez les femmes âgées,

ne s'adressent qu'à celles dont le périnée présente encore une musculature suffisante. Pour donner un résultat durable, elles devront être complétées par un hystéropexie.

Ce sont des opérations beaucoup plus difficiles en pratique qu'elles ne le paraissent en théorie, pour être parfaitement exécutées, elles nécessitent une grande habileté et une grosse expérience.

CERCLAGE DU VAGIN

C'est un vieux procédé que Bellini, de Florence, employait dès 1835, sous le nom de colpo-desmorrhaphie et que Freund de Strasbourg et Jacobs de Bruxelles, sous le nom de « colpostricture » pessaires multiples, réalisaient en 1894 (75).

Le premier employait des fils d'argent, les seconds des crins de Florence.

Ces fils sont conduits par une aiguille courbe, sous la muqueuse, en la frônant circulairement « comme un lacet à coulisse vient fermer une blague à tabac ».

Ces fils sont disposés en étage, depuis le col jusqu'au méat ; au fur et à mesure qu'ils sont noués les parties rentrent progressivement jusqu'à réduction complète du prolapsus.

De Fourmestraux, de Chartres, propose à la Société de Chirurgie (56) un procédé analogue, mais plus simple. Il se contente d'un fil d'argent de calibre moyen qu'il faufile dans le tissu sous-muqueux à 3 centimètres environ de la vulve.

Ce fil est incomplètement serré, laissant un petit canal vulvaire du diamètre du petit doigt, pour permettre

l'écoulement des sécrétions vaginales. C'est en somme un pessaire métallique sous-muqueux.

Ce procédé est très simple, et ne nécessite que quelques minutes d'anesthésie.

Malheureusement les fils, s'ils produisent une prolifération conjonctive dans les tissus environnants, ce qui rétrécit d'autant le vagin, déterminent également un travail inflammatoire et bientôt ils coupent, ulcèrent la muqueuse, font saillie dans le vagin, s'éliminent ou doivent être retirés.

C'est ce que de Fourmestraux fut obligé de faire dans 5 cas sur 17 cerclages pratiqués et sur 10 malades revues, 5 fois seulement le fil fut toléré.

INTERPOSITION VÉSICO-VAGINALE DE L'UTÉRUS

Cette opération décrite par Watkins, de Chicago, en 1898, démarquée et retrouvée par Wertheim et Shauta en 1899, consiste en une colpopérinéorrhaphie à laquelle ces auteurs adjoignent l'interposition de l'utérus basculé en avant, entre vagin et vessie et fixé au pubis. En voici la technique :

1° Incision suivant une ligne verticale de la paroi antérieure du vagin, du méat jusqu'au cul-de-sac antérieur.

Libération des deux lèvres de cette incision de façon à bien mobiliser la vessie et à disposer de larges lambeaux dont une partie sera réséquée et dont le reste servira à recouvrir l'utérus basculé.

2° Séparation de la vessie et de l'utérus.

Ouverture du cul-de-sac péritonéal.

Prise du fond de l'utérus qu'on bascule en antéversion.

Exploration des annexes : la section des trompes est inutile chez la femme ménopausée.

3° Fermeture du péritoine par suture de la lèvre an-

térieure de la brèche périnéale à la face postérieure de l'utérus basculé.

4° Fixation de l'utérus : a) suture de sa face postérieure à la partie inférieure de la vessie.

b) suture du fond aux ligaments sous-pubiens et à la partie pubienne des releveurs.

c) suture de sa face postérieure aux lambeaux qui restent de la paroi vaginale réséquée ce qui termine son inclusion dans la loge sous-vésicale.

5° Périnéorrhaphie avec suture des releveurs, myorrhaphie solide de la partie pré-rectale des releveurs pour bien soutenir le col.

Certains chez les femmes à gros col, commencent par l'amputation circulaire de celui-ci et suturent en terminant la tranche de section au pourtour vaginal.

Pour que l'interposition se fasse aisément, il faut que le corps utérin ne soit ni trop gros, auquel cas on en réséquerait une partie, ni trop petit car il ne pourrait atteindre le sous-pubis. Il y aurait alors avantage, comme le conseille Abadie, d'Oran, à le fixer indirectement à la face postérieure du pubis par l'intermédiaire des ligaments ronds.

M. Bégouin, dans son rapport au dernier congrès de chirurgie a fait le relevé des cas publiés et la statistique qu'il établit donne 5 morts sur 548 opérations.

Des séries heureuses comme celles de Watkins (224 cas, 1 mort par pneumonie) semblent assez exceptionnelles. Steekel publie une statistique de 40 cas avec 1 mort.

Bröse, 44 cas avec 1 mort.

Dölerling signale 2 cas de mort par sphacèle de l'utérus logé trop à l'étroit dans sa nouvelle position.

Les résultats éloignés sont-ils plus encourageants ?

M. Bégouin a retrouvé 17 récidives plus ou moins complètes sur 243 malades revues.

Shaw relève 13 succès sur 53 cas.

Ces récidives seraient particulièrement fréquentes dans les prolapsus totaux, soit par bascule du fond utérin en avant de la symphyse, soit plus fréquemment par bascule du col en arrière. Il s'abaisse progressivement et reparait à la fourchette.

Ceci s'explique facilement, car pour rester dans cette position très anormale, l'utérus doit être non seulement retenu par son fond au pubis, mais aussi solidement fixé par son col et la valeur des ligaments utéro-sacrés qui permettent la bascule est très hypothétique chez les vieilles femmes, même dans les cas où on les raccourcit dans un temps spécial.

L'interposition utérine a eu, jusqu'à présent, peu de succès en France. Pauchet en vante les résultats mais ne donne aucune statistique. Elle semble ne valoir que par la colpopérinéorrhaphie, l'utérus pelote sous-vésicale joue le rôle de suture des releveurs en avant. L'interposition n'est donc qu'un complément de la colpopérinéorrhaphie au même titre que dans la triple opération le sont la colporraphie antérieure et l'hystéropexie.

Nous concluons avec M. Bégouin.

« L'opération de Watkins, Wertheim, Shauta semble plus compliquée, moins bénigne et probablement moins efficace que le cloisonnement du vagin » et avec M. Savariaud, « c'est un acte bien compliqué pour n'être que complémentaire »,

COLPECTOMIE TOTALE AVEC OU SANS HYSTÉRECTOMIE

Ce sont Fristch et Martin qui, les premiers, persuadés que le rétrécissement du vagin était le temps capital de la cure de tout prolapsus, associèrent à l'hystérectomie la colpectomie totale.

En France, Pozzi et Chaput, reprirent et modifièrent quelque peu la technique première.

Lapointe et Desmarest apportèrent à la Société de chirurgie une défense enthousiaste, le premier inspira la thèse de Bretegnier, le second celle de Delivet.

A côté de l'hystéro-colpectomie prend place la colpectomie totale avec conservation de l'utérus.

Müller, de Berne, en 1896, modifia l'opération de Fristch dont il conserva la colpectomie mais refoula l'utérus dans la profondeur en réalisant en quelque sorte son exclusion.

Cette opération fut étudiée dans les thèses de Wormser, Biélhy et Konig. Rapidement adoptée par les chirurgiens étrangers, Freund, Bumm, Von Herlac et Jeutzer, elle ne fut connue en France que par l'intermédiaire de M. Savariaud qui, en 1906, publia les résultats

opératoires obtenus sur deux malades opérées par cette méthode et quelques années plus tard adjoignit à l'opération type une périnéorrhaphie.

Ses idées et ses observations ont fait le sujet de la thèse de son élève Jacob (72).

Hartmann, Proust, Labadie-Lagrave et Legueu en font mention dans leur *Traité de Gynécologie et technique opératoire*, Dujarier s'en fit, au 32^e congrès de chirurgie, un ardent défenseur.

En voici la technique, (d'après Jacob).

Temps préalable. Curettage de l'utérus. Amputation du col si celui-ci est gros, métritique et ulcéré.

1^o Tracé du lambeau et avivement :

Le col est amarré et fortement tiré en bas.

Tracé au bistouri, à la base du prolapsus, au ras de la vulve, d'une incision circulaire.

Sur cette incision, brancher deux autres longitudinales, médianes, et deux latérales descendant jusqu'au col, qu'une nouvelle circulaire circonscrit à son tour.

Dépouillement des quatre quartiers ainsi délimités et du col.

2^o Colonisation. Un point en X est placé sur le col pour le fermer.

Une série de points serrés en bourse, vont s'étager de bas en haut, du col vers la base du prolapsus : chaque fil serré réduit progressivement le prolapsus et le refoule dans la profondeur.

3^o Suture en fente longitudinale antéro-postérieure de la collerette restante du vagin. Drainage du rudiment du cul-de-sac postérieur persistant. Sonde à demeure,

4° Périnéorrhaphie qui n'est qu'un acte complémentaire destiné à fournir à la colonne, un point d'appui.

A la lecture des détails de technique figurant dans la thèse de Jacob, nous voyons : « Normalement l'hémorragie est faible... Dans certains cas elle est abondante et l'hémostase demande de nombreuses ligatures au catgut fin ». Cette hémorragie est un écueil du dépouillement de la muqueuse, surtout de celle qui revêt les bords latéraux de l'utérus, les bords vasculaires, où il expose à l'ouverture des vaisseaux dont le calibre n'est pas négligeable. Si ce dépouillement n'est pas chose très facile, s'il se complique du fait de la présence de tissus sclérosés, l'écoulement de sang devient abondant.

Evidemment, c'est une hémorragie dont on se rend facilement maître, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle existe et que sans être un danger, elle constitue un shock appréciable.

Du fait de son abondance, elle peut aussi être incomplète et devenir la cause de la formation d'un hématome qui compromettra la solidité de la cloison fibreuse. Cet hématome souillé par un suintement septique venu de la cavité utérine qu'un point en X placé sur le col ne suffit pas toujours à exclure, ne tardera pas à s'infecter.

Fennenberg a eu un décès par péritonite et Müller une récédive par hématome suppuré.

D'après Mlle Krukowa qui analyse ces deux échecs pour en décharger la statistique, le premier serait dû aux manipulations de la plaie par les mains de la malade, le second se rapporte à une malade qui présentait une inversion utérine, le prolapsus fut réduit, l'uté-

rus non curetté, d'où la suppuration et la récurrence (80).

Il n'en reste pas moins vrai que les sécrétions utérines peuvent, malgré l'oblitération du col, suinter et contaminer la vaste plaie créée par l'avivement.

Hémorragie, hématome, suppuration possible, voilà déjà trois causes d'ennui et d'échec.

D'autre part, que vont devenir les sécrétions utérines lorsqu'utérus et vagin seront complètement oblitérés ?

L'utérus n'est pas toujours si petit qu'on puisse ainsi le négliger et s'il faut réserver la colpectomie totale aux cas où l'utérus est complètement atrophié, ses indications sont vraiment très limitées.

Lorsque l'utérus, quoique petit, porte un col gros, fissuré, suintant, les soins et le repos ne triomphent pas toujours complètement des ulcérations qu'il porte, et il nous répugne d'enfouir dans la profondeur de semblables lésions.

Aura-t-on recours à l'amputation circulaire ? Elle ne va pas aller sans un écoulement séro-sanguin dans les jours qui suivront. Quel en sera le vecteur, des rétentions septiques, hémorragiques, risquent de se produire.

Müller a préconisé, dans ces cas, la fixation du col à la vulve, mais c'est au détriment de la colonne cicatricielle de soutènement qui remplace le vagin.

Enfin, que deviendra l'utérus ainsi abandonné, devenu inaccessible, non seulement à toute action thérapeutique, mais encore à un simple examen.

Se sclérosera-t-il toujours comme on nous l'affirme ? Et si la muqueuse devient le siège de transformations

cancéreuses quel indice précoce aurons-nous de cette évolution ?

C'est cette hésitation à laisser l'utérus ainsi abandonné et souvent aussi les lésions qu'il peut présenter qui ont poussé M. Lapointe dans douze cas et M. Desmarest dans dix cas à faire un pas en arrière et à revenir, en la modifiant, à la vieille opération de Fritsch.

Nous nous sommes expliqué sur l'hystérectomie et sur ses dangers. L'on comprend mal que l'utérus n'étant pour rien dans le prolapsus on l'enlève ; c'est ajouter au danger de la colpectomie simple, celui de l'hystérectomie ; c'est l'ouverture du péritoine, l'éventualité de complications septiques et d'hémorragies secondaires, d'opérations longues, shockantes, difficiles ; elle ne trouve ses indications que dans des cas très exceptionnels de lésions utéro-annexielles chez des malades robustes.

Il nous semble beaucoup plus logique de laisser à l'utérus une voie de drainage et la colpectomie incomplète avec canaux de sûreté que réalise l'opération de Le Fort bénéficie des avantages de l'opération de Müller sans en présenter les inconvénients.

OPÉRATION DE LÉON LE FORT

Soins pré-opératoires

Les soins pré-opératoires sont indispensables et sous leur influence l'aspect du prolapsus va se modifier considérablement.

La qualité, la durée de ces soins varie naturellement suivant les cas.

Ils comprendront toujours trois éléments : le repos horizontal au lit, des soins locaux, des soins généraux.

Le repos horizontal provoquera la réduction partielle du prolapsus par décongestion des organes pelviens : car le volume de la tumeur n'est qu'un volume d'emprunt dû à la congestion et à l'œdème, éléments susceptibles de régression.

Les soins locaux comporteront :

— en cas de prolapsus irréductible, un savonnage bi-quotidien à l'eau bouillie tiède, suivi de pansements humides renouvelés matin et soir.

— attouchement des ulcérations à la teinture d'iode.

— puis au bout de 48 h. à 3 jours, on commencera des tentatives de réduction.

Leur effet est comparable aux essais journaliers de réduction des grosses hernies inguino-scrotales, la masse herniée ayant perdu droit de domicile, il faut obtenir peu à peu la tolérance du contenu abdomino-pelvien.

L'utérus, une fois réduit, sera maintenu par un fort tamponnement vaginal.

Cette contention ne s'obtient pas toujours dès la première séance. Certaines femmes grasses, volontiers tousseuses, expulsent journellement toute la masse réduite. Pourtant, c'est affaire de patience. Quelques jours suffisent habituellement.

En cas de prolapsus facilement réductible : injection bi-quotidienne de deux litres d'eau bouillie tiède additionnée d'eau oxygénée ou de permanganate de potassium.

Si la muqueuse ou si le col porte des ulcérations, il faudra panser chacune d'elles par badigeonnage à l'alcool iodé ou lavage à l'eau oxygénée. Vanverts, de Lille, exerce des cautérisations à l'aide du caustique Filhos.

Lorsqu'il y a infection vésicale concomitante, on aura recours aux instillations de nitrate d'argent à 1/200° pratiquées tous les deux jours et à l'antiseptie urinaire par l'urotropine.

Les soins généraux ne devront pas être négligés. Nourriture habituelle, évacuation intestinale journalière, surveillance attentive des bases pulmonaires.

Enfin, certaines malades emphysémateuses ont un cœur un peu fatigué, cinq gouttes de digitaline cristallisée

pendant la semaine qui précède l'intervention peuvent être un bon adjuvant.

Sous l'influence du repos et des soins consécutifs, l'aspect des lésions va se trouver modifié. Le prolapsus est devenu, s'il ne l'était déjà, réductible, de toute façon son volume sera moindre, les lésions mécaniques, les ulcérations, la métrite du col, si elles existaient se seront asséchées et guéries.

Cette période préparatoire sera d'une durée variant de quelques jours à deux ou trois semaines. Elle devra être prolongée, si cela est nécessaire pour obtenir une bonne mobilité de la tumeur et la cicatrisation des ulcérations des parois et du col. Ces dernières sont parfois trop longues à guérir, les signes de métrite persistent. C'est dans ces cas où l'excision des ulcérations portant sur les parois vaginales et l'amputation du col deviendront des actes opératoires préliminaires indispensables.

La malade est purgée l'avant-veille, lavementée le soir du jour qui précède l'opération et constipée par 0.05 d'extrait thébaïque par jour. Elle restera constipée pendant cinq jours.

Pubis, vulve et région anale sont nettoyés et rasés. Un bandage en T maintient un pansement provisoire.

L'anesthésie

L'anesthésie générale n'est pas nécessaire. Elle est même parfois contre-indiquée.

Il est pourtant souvent difficile de faire accepter une

opération sans assurer la narcose. Souvent aussi les malades émotives s'agitent, se plaignent hors de propos et sans raison. Nous accordons alors l'anesthésie générale, mais au lieu de chloroforme et d'éther pur, nous donnons le mélange utilisé dans le service depuis de très nombreuses années et qui tire ses avantages de ceux de ses composants, tout en remédiant aux inconvénients de chacun d'eux.

Il est ainsi défini : chloroforme 250 gr., éther 50 gr. alcool à 95° 50 gr.

Il s'administre à la compresse ou au masque en grillage métallique revêtu d'une flanelle.

Sa toxicité est infiniment moindre que celle du chloroforme. Son action sur le foie est nulle.

Il n'expose pas au danger des complications pulmonaires post-opératoires.

Son maniement est facile, laissant une vaste échelle entre la dose narcotique et la dose toxique. Il peut être mis sans appréhension entre les mains de l'« anesthésiste occasionnel » dont il faut trop souvent se contenter à l'hôpital.

L'anesthésie locale est suffisante.

L'infiltration œdémateuse se poursuit en soulevant la muqueuse et amorce ainsi le décollement ultérieur de celle-ci.

Elle doit être traçante, circonscrivant le lambeau sur lequel portera la résection.

La surface ainsi limitée sera ensuite pénétrée par quatre injections en diagonale partant des angles et convergeant vers le centre.

On emploiera la seringue de 10 cm³, une aiguille fine et longue de 7 à 10 c/m.

Comme liquide anesthésique, la novocaïne à 1 pour 200.

Cette anesthésie est parfaitement réalisable ; elle trouve ses indications chez les femmes très âgées ou chez celles pour lesquelles le traumatisme opératoire doit être réduit au minimum. Pourtant, elle rend l'intervention plus longue (observation n° 54).

La rachi-anesthésie est pour certains la méthode de choix.

Les incidents et accidents, immédiats et tardifs, qui ont été signalés nous avaient éloigné d'elle pendant longtemps. Les résultats publiés à la Société de chirurgie, la sensation d'être mieux armé contre les accidents possibles, nous ont encouragé à généraliser son application.

La malade étant en position assise, nous prélevons 10 cm³ de liquide céphalo-rachidien par ponction entre L³ et L⁴. Le liquide ainsi soustrait est recueilli dans une éprouvette graduée.

Nous injectons ensuite 7 centigr. de novocaïne, soit 1 cm. 1/2 de la solution à 5 % fournie par l'A. P. et conservée en ampoule scellée. Nous nous servons de l'aiguille ordinaire à ponction lombaire munie de son mandrin et d'une seringue en verre de 2 cm³.

Une injection de 25 cgr. de caféïne est faite sous la peau à la cuisse, dès que la malade a repris la position couchée, tête haute.

Ces anesthésies nous ont toujours donné satisfaction

(sauf pour quelques-unes d'entre elles qui, bien que correctement exécutées n'ont pas été suivies d'effet. Cette mauvaise série a cessé avec le changement du stock d'ampoules).

Nous n'avons observé aucun accident immédiat ; quelques malades se sont plaintes seulement de faiblesse, leur facies était décoloré ; elles ont eu quelques nausées. Ces phénomènes disparaissaient au bout de quelques minutes.

Les seuls incidents qui ont attiré l'attention furent la rétention d'urines et la céphalée post-opératoire. La première nécessitait un sondage le soir de l'opération et quelquefois le lendemain mais a toujours cessé après 36 à 40 h. Les céphalées se sont montrées plus tenaces, 3, 4, 5 jours. Contre elles, nous avons eu recours à l'aspirine (1 gr. 50 par jour et aux injections sous-cutanées de 250 gr. de sérum salé matin et soir).

La rachi-anesthésie sans devoir être préférée au mélange anesthésique, rendra des services chez les malades qui ne paraissent pas en état de supporter une anesthésie générale si peu shockante soit-elle.

De l'anesthésie épidurale nous n'avons aucune expé-

Anesthésie épidurale : Matériel. Une cupule de porcelaine, une toile métallique, une lampe à alcool, une seringue de 0.30 cm³, une aiguille de 5 à 7 cm.

Eau stérilisée 30 cm³ en ampoules. Paquets de novocaïne comprenant :

Novocaïne	0 gr. 60	} pour 1 paquet
Bicarb. de soude	0 gr. 20	
Chlorure de sodium	0 gr. 15	

Faire dissoudre dans 0.30 cm³ d'eau stérilisée et arrêter dès le premier bouillon. Injecter dans espace épidural en faisant pénétrer l'aiguille de 4 à 5 cm.

rience personnelle. Un de nos collègues a bien voulu nous donner une observation d'opération de Le Fort pratiquée avec ce mode d'anesthésie dont il s'est déclaré entièrement satisfait (observation n° 53).

Quant à l'anesthésie régionale consistant à faire :

- 1° L'anesthésie trans-sacrée de S¹ à S⁵.
- 2° L'anesthésie pré-sacrée. C'est une méthode qui, *a priori* nous semble compliquée, et de ce fait, bien inférieure aux méthodes précédentes.

Opération

L'anesthésie est pratiquée, la malade est mise en position gynécologique : cuisses fléchies sur le bassin, mollets soutenus, talons fixés dans des étriers.

Préparation du vagin

Lavage à l'eau savonneuse avec une compresse stérilisée. Un temps important est le lavage des culs-de-sac vaginaux. L'utérus sera successivement abaissé, soulevé, porté à droite, porté à gauche.

Injection d'eau bouillie stérilisée.

Lavage à l'éther afin de bien assécher les parois vaginales.

Lavage à l'alcool iodé : un tampon d'alcool est laissé quelques minutes au fond du vagin, le temps que l'opérateur iode le périnée et mette les champs opératoires.

Sondage de la vessie,

Instrumentation

- Bistouri ;
- Pinces à disséquer à griffes ;
- Deux paires de ciseaux (droits et courbes) ;
- Six Kocher ;
- 4 pinces longues à dents de souris ;
- 2 valves vaginales ;
- 1 sonde de Pezzer.

Matériel de suture.

- L'aiguille de Reverdin à courbure moyenne.
- Catgut n° 2.

But de l'opération

Il s'agit de créer une large et longue cloison médio-vaginale qui ménagera une gouttière muqueuse sous-cervicale et deux gouttières latérales, communiquant avec la première par leurs extrémités supérieures, s'ouvrant à la vulve par leurs extrémités déclives.

La cloison retiendra les parois vaginales postérieure et antérieure en contact réalisant la fermeture du sac herniaire.

Elle formera le soutien, le point d'appui inférieur des organes pelviens, de l'utérus en particulier.

Technique

TEMPS PRÉLIMINAIRE :

a) Curettage de l'utérus.

b) Amputation du col.

a) CURETTAGE DE L'UTÉRUS:— Nous avons l'habitude de mesurer la profondeur de la cavité utérine par l'hysté-

romètre souple, puis après dilatation aux bougies de Hégar, si cela est nécessaire, de curetter méthodiquement chacune des parois en réservant un temps spécial pour les cornes utérines et la muqueuse endo-cervicale.

Nous terminons pas un écouvillonnage de la cavité utérine par une gaze enroulée sur une pince longuette, imbibée de teinture d'iode pure et retirée immédiatement.

Ce curettage de l'utérus, s'il n'est pas indispensable, est une très bonne précaution.

b) AMPUTATION DU COL. — Dans les cas assez rares, du reste, de métrite hypertrophique ou d'ulcération persistante, la résection du col trouve son application.

Elle sera pratiquée après le curettage, par un procédé quelconque.

C'est à l'amputation circulaire que nous recourons habituellement.

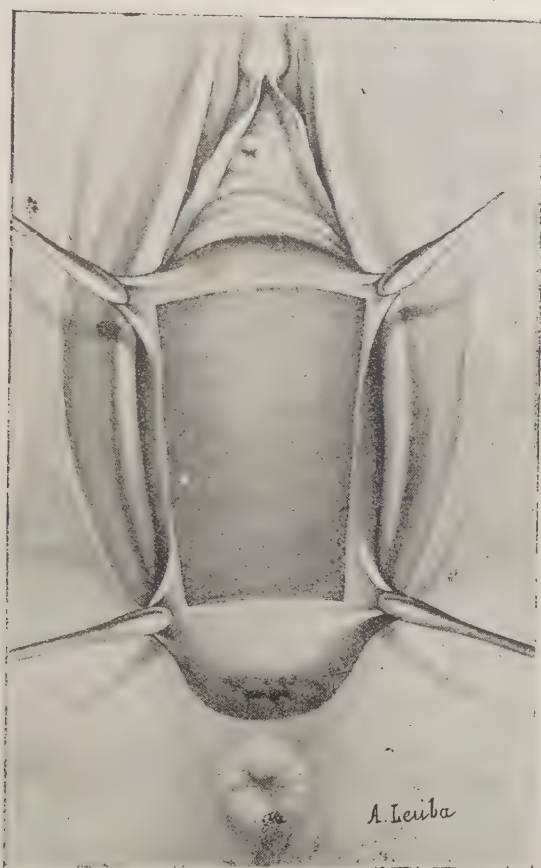
CLOISONNEMENT DU VAGIN :

Un valve est placée sur la fourchette et déprime la paroi postérieure. Une pince de Museux saisit la lèvre antérieure du col, extériorise l'utérus en l'amenant peu à peu par traction verticale et petits mouvement latéraux.

Il faut que cette extériorisation soit aussi complète que possible. Si l'utérus « vient mal » une partie du cloisonnement devra se faire dans la sub-profondeur et l'on sera gêné d'autant.

TRACÉ DU LAMBEAU ANTÉRIEUR (Planche II).

La face antérieure du prolapsus est largement exposée.



Tracé et Avidement du lambeau antérieur.

Quatre pinces longuettes à dents de souris marqueront les limites du lambeau.

Celui-ci aura la forme d'un rectangle mesurant 6 cm. en longueur, 4 cm. en largeur.

Il sera médian.

En haut : tracé linéaire transversal, distant de 2 cm. à 2 cm. $1/2$ du méat urétral (il n'y a pas intérêt à s'approcher davantage du méat par crainte de cicatrice rétractile qui intéresserait l'atmosphère cellulaire péri-urétrale et amènerait des troubles de la miction).

En bas : droite marquant la limite inférieure de l'avivement à 2 cm. ou 2 cm. $1/2$ de l'orifice du col.

Cette muqueuse du museau de tanche qu'on aura ainsi respectée formera la paroi antérieure d'un petit espace libre sous-cervical qui communiquera à droite et à gauche avec les défilés latéraux du vagin.

Sur les côtés : deux incisions linéaires réunissent les deux extrémités des deux tracés précédents. Elles laissent en dehors d'elles un segment de muqueuse vaginale indemne qui constituera la paroi antérieure des canaux latéraux du vagin cloisonné.

AVIVEMENT DU TRACÉ ANTÉRIEUR.

Le dépouillement de la muqueuse est amorcé au bistouri, de haut en bas (du méat vers le col) afin de ne pas être gêné par le suintement sanguin.

Une fois amorcé, le décollement s'exécute avec facilité à la compresse et par légère traction, lorsqu'on a trouvé le bon plan de clivage.

Pourtant le dépouillement est quelquefois malaisé, dans ces tissus sclérosés, séniles ; et il faudra le con-

duire de bout en bout par petits coups de bistouri. Il devra rester très superficiel car le bas-fond vésical adhérent à la cloison vésico-vaginale est entraîné par le prolapsus et pourrait être blessé si on s'égarait trop profondément.

Une fois l'avivement antérieur terminé, on s'assure d'une hémostase parfaite.

Le saignement en jet de quelques artérioles est exceptionnel. C'est habituellement un suintement en nappe qu'une simple compression laissée à demeure pendant le temps de l'avivement du lambeau postérieur suffira à arrêter.

TRACÉ DU LAMBEAU POSTÉRIEUR (Planche III).

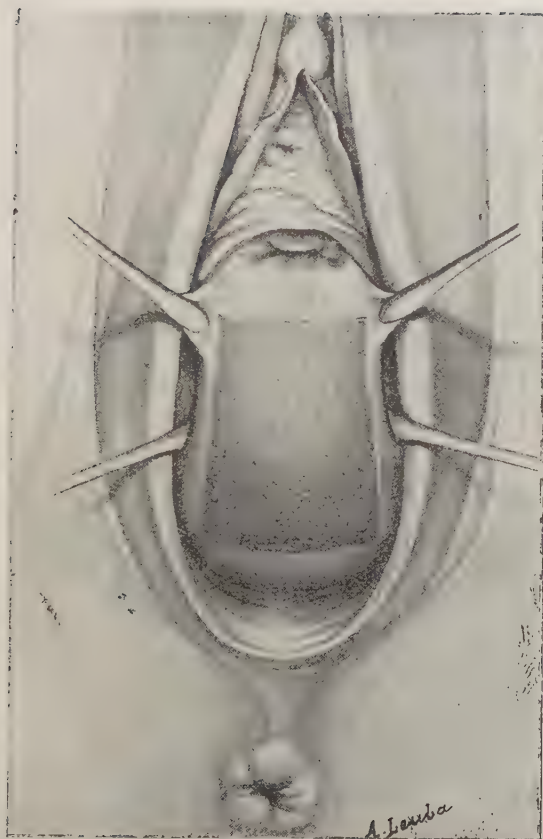
Il aura même forme, même situation et mêmes dimensions que le lambeau antérieur auquel il devra s'opposer et s'adapter très exactement.

Une pince de Museux saisit la lèvre postérieure du col, est confiée à un aide qui tire en haut en exposant la face postérieure du prolapsus. Cette face se présente souvent assez mal, malgré l'énergie de la traction, un cul-de-sac persiste entre la fourchette et la tumeur. Il y a intérêt à le réduire au minimum pour porter l'avivement le plus bas possible.

Les dimensions du rectangle d'avivement antérieur sont mesurées avec un hystéromètre et reportées une à une sur la face postérieure de la tumeur.

4 pinces languettes à dents de souris marquent les angles du tracé.

En bas, la surface d'avivement descend aussi près de



Tracé et Avivement du lambeau postérieur.

la fourchette que le permet l'existence du cul-de-sac que nous avons signalé.

En haut, le tracé reste distant de 2 cm. environ du col, la muqueuse respectée formera la paroi postérieure de la gouttière de l'espace libre sous-cervical.

La dissection du lambeau ainsi délimité sur la face postérieure sera pratiquée de haut en bas, du col vers la fourchette.

Elle est plus difficile que celle du lambeau antérieur car d'une part le champ opératoire est moins bien exposé, d'autre part il existe des plis vaginaux surtout à l'approche de la fourchette.

Il ne faut pas compter sur l'existence d'un plan de clivage. C'est au bistouri qu'il faudra mener la dissection de bout en bout. L'avivement restera très superficiel ; on a toujours tendance à s'engager trop profondément, ce qui détermine l'ouverture de vaisseaux de certain calibre et expose à l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et à la blessure du rectum en cas de rectocèle.

La dissection est achevée, il convient de faire une revision soigneuse de l'hémostase et de lier tout ce qui saigne en jet.

SUTURES.

Une série de points séparés réunit d'abord les deux traits transversaux les plus rapprochés du col (Planche IV).

Ils rabattent les deux lambeaux de muqueuse du museau de tanche qui forment un canal sous-cervical, avec deux ouvertures, l'une droite, l'autre gauche.

On prendra toujours soin de bien réunir ces deux bords : « A négliger cette suture profonde ou à la faire incomplètement, on s'exposerait à ce que le mucus cervical s'infiltrât entre les deux surfaces d'avivement et les infectât de haut en bas ».

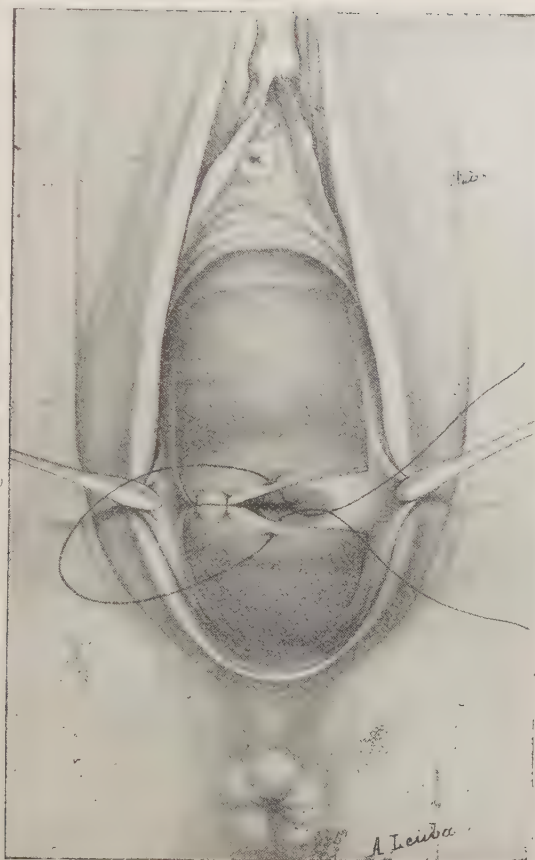
A un centimètre de cette première suture, on pratique une seconde série de points transversaux qui enfouit la précédente ; puis une troisième, enfin une quatrième et ainsi de suite. Le premier et le dernier point de chaque série accoleront l'un à l'autre les bords longitudinaux des surfaces cruentées (Planche V).

En procédant ainsi, on réduit peu à peu le prolapsus. Chaque série de points transversaux fait monter dans la profondeur un segment de l'accollement déjà réalisé, et en fin de compte, on termine par une série de sutures réunissant les deux traits transversaux, l'un sous-urétral, l'autre en arrière de la fourchette.

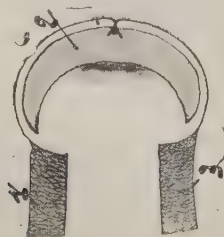
Le cloisonnement est terminé ; il est médian, sagittal, il est embrassé par trois conduits qui forment dans leur ensemble un U renversé, le trait transversal représentant le canal sous-cervical; les deux traits verticaux figurant les conduits longitudinaux latéro-vaginaux.

Règles générales pour les sutures d'applique. — Les sutures doivent être faites au catgut moyen, ces fils tombent seuls ou se résorbent, c'est là un réel avantage. L'aiguille de Reverdin ordinaire, à courbure moyenne, se prête à tous les mouvements, elle est d'un maniement facile.

Les fils unissant les bords de l'avivement sont passés

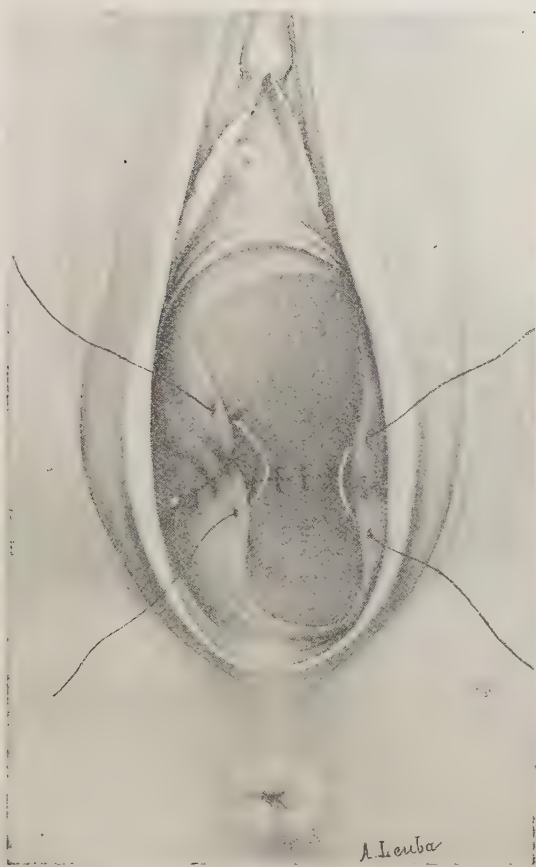


Une série de points séparés réunit les deux traits transversaux les plus rapprochés du col.



Coupe antéro postérieure passant par le col.

1, Avivement antérieur. 2, Canal sous-cervical. 3, Avivement postérieur.



Une seconde série de points transversaux enfouit la précédente, puis une troisième... etc. Le premier et le dernier point de chaque série sont seuls représentés.

en deux fois, de telle façon qu'ils puissent être noués en dehors du plan d'accollement dans le défilé muqueux sous-cervical et latéro-vaginal. « Pour être bonnes, les sutures devront accoller, non seulement les lèvres muqueuses, mais les surfaces cruentées, autrement, s'il restait des petits espaces morts à leur niveau, des collections sanguines pourraient y séjourner, l'adhésion serait mal assurée ».

Nous préférons les points séparés aux sutures en surjet recommandées par Chavannaz et par Cotte et Creysel. Ils n'augmentent guère la durée de l'opération, ils appliquent mieux les surfaces l'une contre l'autre, ils ont l'avantage de ne pas plisser l'avivement, et de laisser à la cloison toute son étendue.

PÉRINÉORRAPHIE COMPLÉMENTAIRE (Planche VI).

Elle n'est pas fondamentale ; ce n'est pas sur elle qu'il faut compter pour la contension du prolapsus, c'est un acte complémentaire dont l'intérêt est de rétrécir la vulve, et d'en reporter l'ouverture en avant. Le décollement recto-vaginal ne doit pas être poussé très loin ; les tissus du périnée sont rapprochés transversalement par les catguts perdus.

Le reste de la plaie est également fermé par des points transversaux (catgut sur muqueuse vaginale, crin sur la peau du périnée).

Cette périnéorrhaphie complémentaire ne doit pas prendre plus que quelques minutes.

Lorsque le cloisonnement est terminé, on place une sonde de Pezzer dans la vessie,

Un simple pansement avec gaze et coton est maintenu sur le périnée par un bandage en T.

INCIDENTS ET ACCIDENTS OPÉRATOIRES

L'hémorragie ne peut jamais être importante si l'on reste très près de la muqueuse. L'ouverture de vaisseaux de calibre moyen ne se rencontre qu'au dépouillement du lambeau postérieur, et indique toujours une dissection trop profonde.

La blessure de la vessie, théoriquement possible, n'a jamais été signalée. Si l'accident se produisait, une double suture enfouirait la brèche pratiquée, la sonde à demeure, au lieu d'être retirée le 5^e jour, serait laissée jusqu'au 10^e. Il faudrait prendre garde qu'elle ne se bouche par la formation de caillots qui devraient être alors évacués par un lavage à la seringue, avec de l'oxycyanure au 1/1000^e.

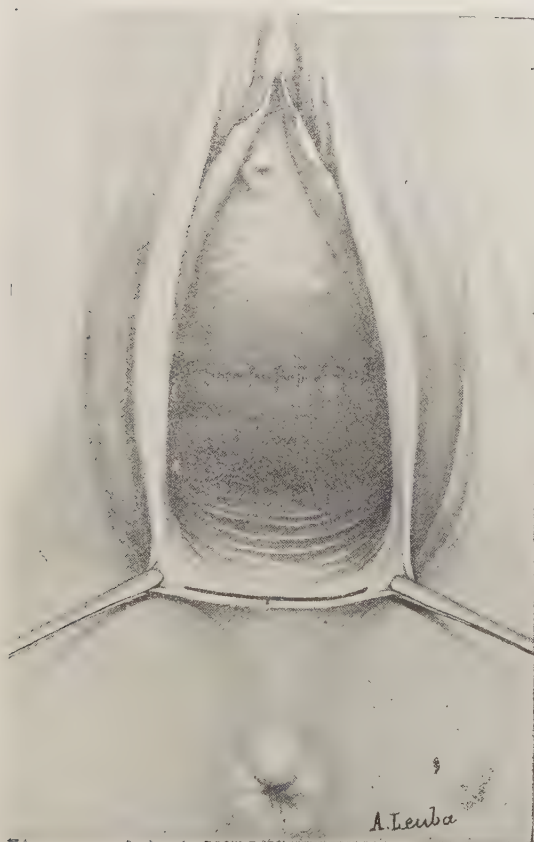
L'ouverture du cul-de-sac de Douglas, qui fit perdre une malade à Tillaux et jeter le discrédit sur l'opération dès sa naissance, n'a plus aujourd'hui l'importance qu'on lui attribuait autrefois. Si le cul-de-sac était accidentellement ouvert au cours de la dissection, une fermeture en bourse suffirait à l'occlure et ne serait suivie d'aucun accident (Observation n° 34).

La blessure du rectum ne peut se produire que dans des cas de rectocèle très marquée et méconnue ; aucun exemple n'a été publié.

Soins post-opératoires :

La malade est constipée jusqu'au 5^e jour.

Alimentation légère du 2 au 5^e jour, normale ensuite.



Une série de sutures réunissant les deux traits transversaux.

L'un sous-urétral, l'autre en arrière de la fourchette termine le cloisonnement.

Le trait noir sur la fourchette marque le tracé de la périnéorrhaphie complémentaire.

Localement, le pansement est ouvert après 48 heures, s'il y a un peu d'écoulement, ce qui est la règle, on assèche superficiellement avec quelques gazes stérilisées, sans aucun lavage.

Certains auteurs mettent à demeure sur les sutures superficielles de la pommade au collargol à 20 pour 100.

Au 5^e jour on retire la sonde vésicale.

Au 12^e jour, ablation des crins cutanés de périnéorraphie.

A partir du 15^e jour, soins de propreté habituelle, que la malade peut se donner elle-même ; il est bon de lui recommander de ne pas prendre d'injections.

Lever du 17^e au 20^e jour.

Accidents locaux post-opératoires :

Hématome, désunion partielle, suppuration relèvent d'une faute de technique : mauvais affrontement des surfaces avivées, mauvaise antisepsie vaginale.

Nous rapportons un cas de désunion partielle, qui ne compromet point le résultat final (observation n° 33).

Un autre accident local à longue échéance est signalé dans une observation de M. le Professeur Leclerc, de Dijon, et rapporté dans la thèse d'Austry (observation n° 55).

C'est la luxation du col utérin à travers un des couloirs latéraux et son étranglement secondaire.

L'auteur reconnaît lui-même que l'insuccès est dû à la largeur insuffisante de la cloison et aurait pu être évitée.

Quant aux INCIDENTS ET ACCIDENTS GÉNÉRAUX POST-OPÉRATOIRES, on ne les observe que chez des malades très déficientes, grasses, emphysémateuses ou cardiaques.

Les conditions extérieures propres à toutes les opérées, la surveillance attentive des poumons et du bon fonctionnement rénal suffiront à les prévenir.

**RÉSULTATS ANATOMIQUES
ET FONCTIONNELS A LONGUE ÉCHÉANCE
D'APRÈS LES MALADES REVUES
(9, 11, 12 ANS APRÈS L'INTERVENTION)**

En position couchée (Planche n° VII)

Dans les cas où il y a eu périnéorraphie complémentaire, la vulve est bien reportée en avant. Une hauteur de 2 à 3 travers de doigt sépare la fourchette de l'anūs.

Dans tous les cas, si l'on écarte les grandes lèvres, on note habituellement un léger degré de cystocèle, surtout marqué dans l'effort. Le méat urétral est très apparent.

La rectocèle est pour ainsi dire nulle. Les deux parois antérieures et postérieures entrent bien en contact, mais ne font procidence que lorsqu'on demande à la malade de pousser. Si l'on écarte ces deux parois, on trouve la base de la colonne de soutien vaginal remontée dans la profondeur. Cette base n'occupe pas le fond de ce rudiment de canal vaginal, mais se trouve sur sa paroi antérieure ; le cul-de-sac postérieur se continue en arrière d'elle. L'ensemble de ce canal vaginal a une profondeur de 3 à 5 centimètres. Le cloisonnement est rétracté en largeur, et ne mesure guère plus de 3 centimètres de

droite à gauche. Cette colonne est souple, ce qu'on peut apprécier tant par le toucher vaginal que par le toucher rectal.

De part et d'autre de la cloison, se voient les orifices déclives des deux couloirs latéraux. Ces orifices sont évasés vers les parois latérales du vagin, plissés vers la cloison axiale ; ils admettent l'entrée de la pulpe de l'index.

Si l'on explore les couloirs latéraux, avec une sonde en gomme par exemple, on les trouve souples dans toute leur longueur, mais peu extensibles.

Une injection poussée sous faible pression par cette sonde, ressort par le couloir du côté opposé, après avoir balayé le col.

Le toucher rectal, combiné au palper abdominal, permet quelquefois de sentir l'utérus remonté dans le bassin et habituellement basculé en arrière.

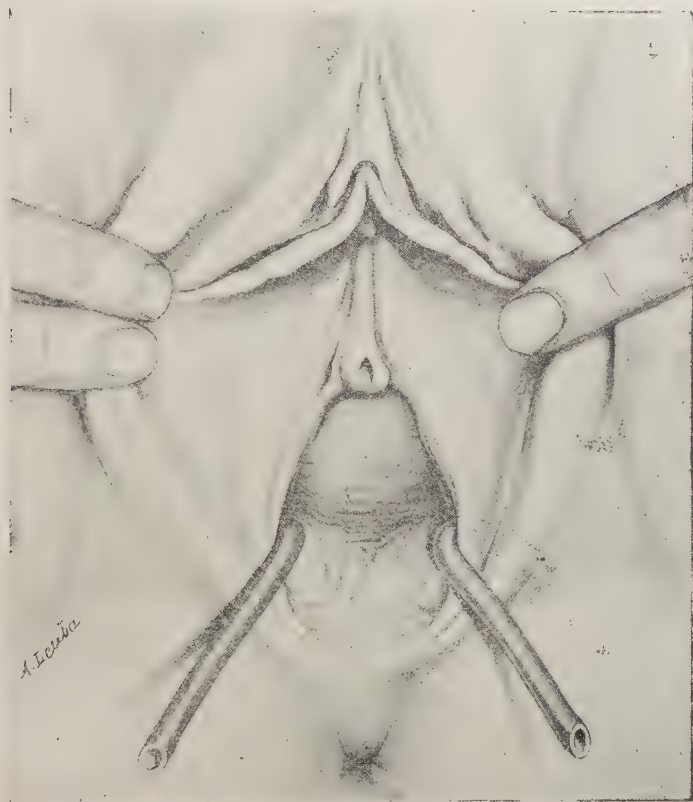
Dans la position debout, les jambes étant écartées, la vulve conserve son aspect, les parois vaginales ne font aucune procidence.

Au point de vue fonctionnel : les malades qui s'étaient plaintes de douleurs, de tiraillements, ne sont plus incommodées. En effet, l'utérus est réduit, repose sur un point d'appui inférieur solide, et ne tire plus sur les plexus nerveux.

L'amélioration, voire même la disparition des troubles urinaires, est peut-être ce qui les satisfait le plus. S'il persiste un peu d'incontinence dans les efforts brusques de toux ou d'éternuement, elle est très minime.

Toutes les malades ont repris une vie active ; quelques-unes, campagnardes, se livrent aux durs travaux des champs.

Toutes les opérées revues se sont déclarées entièrement satisfaites.



Résultat. — Quatre ans après l'opération.

Mme H... (Obs. n° 35). Cloisonnement sans périnéorrhaphie.

Deux petits drains marquent l'entrée des canaux latéraux.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES

Conduite à tenir

Les indications et contre-indications opératoires doivent être tirées :

- 1° de l'état local des lésions ;
- 2° de l'âge de la malade ;
- 3° de son état général.

De l'état des lésions.

Le cas le plus favorable au cloisonnement du vagin est celui où l'utérus est complètement extériorisé soit spontanément, soit dans l'effort.

Lorsque le prolapsus est incomplet, l'opération de Le Fort ne peut être pratiquée que si l'utérus peut être attiré hors de la vulve par une traction sans force exercée sur le col. Il faut qu'il vienne suffisamment. L'avivement dans la sub-profondeur ne devra pas être plus du tiers de l'avivement total.

Si l'on prend soin de bien basculer l'utérus, soit en arrière, soit en avant, suivant la face que l'on désire

exposer, les différents temps opératoires réalisés dans la profondeur pourront se faire sans trop grandes difficultés. La mollesse du périnée laisse au vagin une dépressibilité qui permet au doigt de déplier les culs-de-sac et d'en exposer les différentes parties au tranchant du bistouri. Les sutures sont plus aisées que l'avivement et le dépouillement de la muqueuse. Les différents segments cachés au début de l'intervention par la tumeur herniée sont beaucoup plus accessibles lorsque l'utérus se réduit : deux valves placées latéralement écarteront les premiers centimètres du couloir vulvaire et exposeront les surfaces cruantées (Obs. n° 2).

L'absence de toute musculature périnéale est une indication formelle du cloisonnement du vagin.

La colpectomie totale, la seule intervention qui aurait chance d'arriver à la guérison, ne présente sur lui que des désavantages.

Quant à la colpopérinéorrhaphie, elle est un non sens : il ne s'agit pas de refaire quelque chose avec rien.

Même dans les cas où l'épreuve des releveurs aurait encore montré l'existence d'une certaine contractilité, le cloisonnement est supérieur à la colpopérinéorrhaphie, car celle-ci même très large et parfaitement exécutée, est bien souvent suivie de récurrence. Le cloisonnement, lui, donne des résultats certains.

Vaut-il mieux conserver un vagin et s'exposer à un échec tout en réalisant une opération difficile, que de supprimer le vagin et tenir le succès certain par une opération simple ?

Nous croyons que si la question était ainsi posée aux

malades, dans la très grande majorité des cas, elles demanderaient le cloisonnement.

L'irréductibilité du prolapsus est naturellement une contre-indication formelle. Dans ce cas, c'est l'hystérectomie qu'il faut proposer tout d'abord, mais celle-ci n'agit aucunement sur le prolapsus, le cloisonnement peut lui être utilement associé (obs. n^{os} 5-27-45).

L'existence de métrites hypertrophiques du col avec ulcération nécessite un traitement particulier qui n'exclut pas le cloisonnement.

La nature de ces ulcérations doit être reconnue bénigne et dans les cas douteux, on doit recourir à la biopsie (obs. n^o 33).

Les soins pré-opératoires améliorent ces lésions et souvent même les guérissent, mais lorsqu'après traitement il persiste un gros col nabokystique, et ulcéré, bien que l'on puisse espérer la guérison ultérieure lorsque ces lésions ne sont plus exposées au contact extérieur, mieux vaut encore amputer le col par ablation circulaire avant de recourir au cloisonnement.

Un détail de technique mérite d'être noté. L'avivement des deux faces ne devra pas s'approcher à plus de 3 cm. de l'orifice nouveau afin de laisser assez d'étoffe pour suturer facilement les deux bords transversaux qui constitueront la gouttière sous-cervicale. Négliger ce détail serait s'exposer à des mécomptes (obs. n^o 33).

Ces sutures pré-cervicales devront être particulièrement hermétiques, le suintement sanglant s'infiltrant dans la large surface cruantée pourrait infecter celle-ci et la désunion s'en suivrait (obs. n^o 33).

Les lésions concomitantes de l'utérus et des annexes contre-indiquent le cloisonnement.

Mais seul le cancer exclut toute thérapeutique chirurgicale chez la femme âgée. Lorsqu'il existe des fibromes isolés sous-péritonéaux et lorsque l'état de la malade le permet, une myomectomie pourra utilement être pratiquée, évitant le shock de l'hystérectomie. Elle pourra être suivie de cloisonnement comme temps périnéal.

Dans le cas où il existe de grosses lésions utéro-annexielles, le prolapsus passe au second plan, aucune thérapeutique dirigée contre lui ne viendrait à l'esprit d'aucun.

Le cloisonnement élargi du vagin doit être réservé au traitement du PROLAPSUS DES FEMMES AGÉES. Il n'est plus question d'en faire l'application aux femmes n'ayant point atteint la ménopause. Elles doivent avoir largement dépassé ce stade et comme l'oblitération presque complète du vagin en est la conséquence, les malades devront être prévenues très formellement, très ouvertement des impossibilités qui en résultent.

L'âge, le veuvage, semblent *a priori* autoriser le chirurgien à agir de son propre chef, quelques exemples cités par Douay et Cotte montrent qu'on ne saurait être trop explicite sur ce point.

Nous avons vu que le cloisonnement laissait tout de même persister un petit canal vaginal de 3 à 4 cm. de profondeur permettant à certaines de continuer les relations sexuelles, mieux vaut ne pas en faire état et obtenir le désistement complet.

Lorsque la femme sera très près de la ménopause, on

ne devra avoir recours au cloisonnement que lorsqu'on aura conscience qu'aucune thérapeutique n'aurait chance de réussite. C'était le cas de nos malades (obs. n^{os} 2 et 3), dont l'état du périnée ne permettait aucune autre tentative. Les périodes menstruelles qui suivirent l'intervention furent normales et non douloureuses, mais une grossesse, bien que très problématique était néanmoins possible et aurait singulièrement compliqué la situation.

L'ETAT GÉNÉRAL doit aussi entrer en ligne de compte.

L'opération de Le Fort, si peu shockante, se recommande particulièrement chez les malades fatiguées ; c'est leur faire le minimum et ce minimum les guérira.

A ce point de vue, le cloisonnement laisse loin derrière lui l'opération de Müller-Savariaud.

En dehors des maladies constitutionnelles très avancées (diabète, tuberculose sénile) on peut étendre très loin les indications de cette opération.

L'anesthésie rachidienne, voire même l'anesthésie locale permettent de la réaliser chez des malades relativement très affaiblies. L'observation n^o 54 d'une malade artério-scléreuse avec myocardite chronique, grande ptosique, avec éventration énorme, montre que dans ce sens, on peut se permettre beaucoup.

VALEUR DE L'OPÉRATION

Placée dans ces limites : prolapsus complet, périnée déficient, femmes âgées, état général médiocre, l'opération de Le Fort est une excellente opération et supérieure à toutes celles qu'on a voulu lui opposer.

Son exécution est facile : on opère sur un vagin retourné en doigt de gant, on voit ce que l'on fait. Les surfaces d'avivement sont mesurées, chaque point est posé sous le contrôle de l'œil, et réduit le précédent. Le travail achevé est seul enfoui. Ce sont là des conditions excellentes de réunion primitive.

Aucun viscère ne peut être atteint. Pas d'hémorragie à craindre, l'avivement ne portant pas sur les bords latéraux de l'utérus.

L'opération n'est pas shockante, les suites sont simples. Les résultats immédiats excellents ; quant aux résultats éloignés, ils se résument en cette formule : lorsque l'opération a été correctement exécutée, la récurrence est impossible. La cloison médiane empêchera à tout jamais le déroulement des parois vaginales.

« Je n'en ai compris toute la valeur et l'intérêt dura-

ble qu'au bout d'un certain temps d'action personnelle et lorsque l'expérience du prolapsus m'eut permis de ne plus confondre les résultats immédiats de la technique réparatrice et les résultats définitifs, les services rendus au sens propre du terme » (88).

STATISTIQUE

La statistique que nous présentons dans ce travail porte sur ces 54 observations.

31 appartiennent à la Clinique de M. le Professeur Lejars.

10 sont dues à l'obligeance de M. le Professeur Lelerc (de Dijon).

7 à celle de M. le Professeur Tedenat (de Montpellier).

3 émanent de la clinique de M. le Professeur Jean-Louis Faure.

1 nous a été adressée par M. le Professeur Rastouil, de la Rochelle.

1 par notre collègue le Dr Hartglas.

1 observation de M. le Professeur Léon Le Fort est rapportée à titre historique.

Sur ces 54 interventions, nous n'avons pas à noter un seul échec.

21 malades ont pu être retrouvées et revues :

1, après 3 mois ;

1, après 5 mois ;

5, après 1 an ;

1, après 2 ans ;

- 2, après 3 ans ;
- 3, après 4 ans ;
- 1, après 5 ans ;
- 3, après 6 ans ;
- 3, après 7 ans ;
- 1, après 11 ans ;
- 1, après 12 ans ;

Les 53 interventions pratiquées suivant la méthode du cloisonnement élargi comportent :

12 cloisonnements du vagin sans aucune adjonction,
36 cloisonnements du vagin auxquels fut adjointe une périnéorraphie.

1 cloisonnement plus amputation du col,
3 cloisonnements plus amputation du col plus périnéorraphie.

1 hystérectomie vaginale plus cloisonnement du vagin, plus périnéorraphie.

L'âge de nos opérées, fut en moyenne de 52 à 68 ans. La plus âgée avait 74 ans, les deux plus jeunes avaient respectivement 41 et 44 ans, deux cas spéciaux dont nous avons donné l'explication.

Tous les cas de prolapsus étaient anciens, quelques femmes il est vrai ne s'en étaient aperçues que 7, 8 mois, 2 ans auparavant, au moment où l'utérus était complètement sorti hors de la vulve.

Les symptômes prédominants ayant décidé à réclamer des soins étaient : gêne mécanique, tiraillements pénibles, difficulté de réduction, troubles urinaires, phénomènes réflexes (troubles digestifs),

STATISTIQUE GÉNÉRALE DES OBSERVATIONS PUBLIÉES JUSQU'À CE JOUR

Pour terminer, il nous paraît intéressant de rapporter les observations de cloisonnement du vagin, publiées jusqu'à ce jour.

En 1881, Fanny Bertin publie 3 interventions qui sont 3 succès.

En 1885, Dubois, 9 interventions, 7 succès d'emblée, 1 succès après opération itérative.

En 1886, Lannelongue, 1 intervention avec guérison.

En 1888, Courtin, 1 opération suivie de guérison ;

En 1889, André, 35 succès et 5 insuccès dus à fautes évitables.

En 1891, Dubreuil, 1 intervention, 1 succès,

En 1894, Dubourg, 3 interventions, 3 succès.

En 1906, Mangin, 17 cas, 17 succès durables.

En 1909, Chavanaz dit l'avoir pratiquée une dizaine de fois et toujours avec résultats éloignés satisfaisants.

En 1919, Juvara, 6 interventions, 6 succès ;

En 1912, Wyatt, 8 opérées, 6 revues restent guéries depuis 5 à 11 ans,

En 1920, Douay, 4 opérations, 4 guérisons.

En 1920, Krull, 36 interventions, 34 succès ; 10 malades revues restées guéries.

En 1922, Cotte, 12 cas, 12 guérisons.

En 1923, Combier-Murard, 12 cas, 8 revues guéries avec 2 guérisons de plus de 10 ans.

En 1923, Gernez, 2 interventions, 2 résultats excellents datant d'un an.

En 1923, Cotte, 6 nouveaux cas, 6 succès (4).

En 1923, Dambrin, 1 observation, 1 succès,

En 1923 — 2 observations, 2 succès (4).

En 1923, Chavanas, 12 cloisonnements, 5 malades revues guéries.

Au Congrès de chirurgie de 1923 :

Mayer, de (Bruxelles) rapporte 3 interventions, 3 succès.

Léo, 8 interventions, 8 succès.

Vanverts (de Lille) rapporte 12 interventions, 10 succès.

Leclerc, de (Dijon) rapporte 12 interventions, 10 succès.

Rastouil, (de La Rochelle), rapporte 10 interventions, 10 succès.

Gouilloud, rapporte 2 interventions, 2 succès.

Potterat, rapporte 8 interventions, 8 succès.

Potvin, (de Bruxelles) 3 cas, 3 succès.

OBSERVATIONS (1)

Obs. 1. (inédite). — M. le Professeur Le Fort, rapportée à titre historique.

Madame L. L... 41 ans, entrée à la Pitié le 6 octobre 1891.
Sortie le 16 décembre 1891.

Prolapsus de l'utérus dont le col fait saillie à la vulve pendant la station debout. Il y a également abaissement des parois vaginales antérieure et postérieure entraînant la vessie et le rectum.

Opération le 9 octobre 1891 : cloisonnement vaginal selon le procédé de M. Le Fort. Les sutures supérieures sont faites au catgut qui est abandonné et se résorbent ; les inférieures sont faites au fil d'argent ; ces fils sont enlevés au bout de 15 jours.

Revue au 1^{er} novembre, l'opération du cloisonnement a eu pour résultat la production d'une bride fibreuse unissant les parois antérieure et postérieure du vagin. Cette bride maintient l'utérus dont le col n'apparaît plus ; elle maintient aussi la paroi antérieure du vagin et la cystocèle est

(1) Que Monsieur le Professeur Jean-Louis Faure.

Monsieur le Professeur Tedenat (de Montpellier).

Monsieur le Professeur Leclerc (de Dijon).

Monsieur le Docteur Rastouil (de La Rochelle).

Messieurs le Docteur Douay, et Hartglas, reçoivent ici nos remerciements pour les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer,

maintenant disparue ; mais il persiste toujours un certain degré de rectocèle.

Le 9 novembre 1894 : contre la rectocèle persistante, M. Lejars pratique une colpopérinéorrhaphie : avivement triangulaire à sommet supérieur. Les sutures supérieures sont faites au catgut, les inférieures au crin de Florence.

La diminution de l'ouverture de la vulve en arrière a complété la guérison, même dans les efforts, il ne se présente plus rien à la vulve.

Sortie le 16 décembre pour retourner en prison.

Obs. 2 (inédite). — M. le Pr. Lejars.

Mme Marie Des... 41 ans, entrée le 7 juillet 1913, sortie le 26 juillet 1913.

Prolapsus utéro-vaginal incomplet avec vagin large et périnée atone.

Deux accouchements, le dernier avec déchirure.

Règles irrégulières, mais abondantes, perte d'urines au moindre effort. Pertes blanches et sanguinolentes dans l'intervalles des règles.

L'utérus vient à la vulve dans la position verticale et sort incomplètement dans l'effort.

Col gros, ulcéré, infiltré de petits kystes.

Opération le 16 juillet 1913 : excision du col ; cloisonnement vertical du vagin dans sa demi sub-profondeur ; périnéoplastie ; réunion immédiate.

Revue en janvier 1924 : la malade est restée réglée 6 ans encore après l'opération, sans aucun trouble pendant ses périodes menstruelles. Les pertes entre les règles ne se sont pas reproduites. Plus de perte d'urine.

Examen local : très légère cystocèle dans l'effort, les deux conduits latéraux vaginaux admettent chacun l'entrée de l'extrémité de l'index.

La cloison médiane est rétractée, et comme attirée vers la

ligné médiane. Elle ne mesure guère plus de 3 cm. en largeur.

Les deux parois antérieure et postérieure convergent vers elle, en faisant un angle dièdre ouvert en bas et en avant.

La cloison est souple, ce qui se perçoit facilement par le toucher rectal.

Le palper abdominal ne permet pas de sentir l'utérus.

Très bons résultats anatomiques et fonctionnels.

Obs. 3 (inédite). — M. le Pr. Lejars.

Madame Henriette R..., 44 ans, entrée le 8 août 1919, sortie le 7 septembre 1919.

Prolapsus total irréductible, périnée inexistant.

Opération le 13/8 1919 : 1°. Curettage. Excision du col sur une hauteur de 5 cm. Cavité utérine 18 cm. 2° Avivement longitudinal médian, de la paroi vaginale et rectale et suture en colonne verticale. 3° Périnéorrhaphie.

Résultats immédiats : excellents.

Suites opératoires : conserve ses règles pendant trois mois après l'opération. Aucun incident au cours de celles-ci.

Revue le 17 octobre 1923 : se déclare très satisfaite. Bon état général, a engraisé de 24 kgr. Se livre à de gros travaux de ménagère.

Localement : en position couchée, légère béance de la vulve, très léger degré de cystocèle pendant l'effort. Pas de rectocèle. Canal vaginal long de 4 cm environ.

Obs. 4 (inédite). — M. le Pr. Lejars.

Madame Eugénie R..., 49 ans, entrée le 26 avril 1922, sortie le 1^{er} juin 1922.

Prolapsus total, Périnée complètement déficient ; l'utérus s'est complètement extériorisé depuis 1 an ; pas de troubles urinaires en dehors de la fréquence des mictions Douleurs lombaires continuelles.

Opération le 2 mai 1922 : 1^o Curettage de l'utérus qui mesure 7 cm. 2^o Cloisonnement vertical antéro-postérieur : avivement de 6 cm. de large sur les deux faces et descendant jusqu'à l'orifice vulvaire.

Réunion transversale de l'incision antéro-supérieure.

Réunion de bas en haut des deux bords symétriques des avivements par des points séparés de catgut.

Points séparés sur les deux zones cruantées qui se réduisent à mesure en s'appliquant.

3^o Périnéorrhaphie.

Suites immédiates : aucun incident bons résultats à la sortie.

Revue le 8 octobre 1923 : depuis l'opération, plus de douleurs, plus de fréquence des mictions. Malade très satisfaite, bon aspect, a engraisé de 8 kg. Elle a continué à avoir des relations sexuelles.

Obs. 5 (inédite). — M. le P^r Lejars.

Mme Jeanne Vis. , 60 ans, entrée le 23 janvier 1923, sortie le 13 février 1923.

Prolapsus total (ancienne hystérectomie supra-vaginale) reste le col ulcéré.

Opération le 1^{er} février 1923 : excision du reste du col, cloisonnement antéro-postérieur avec large avivement en travers allant du col à la vulve.

Bons résultats immédiats.

Revue le 4 octobre 1923 : malade très bien portante, se déclare satisfaite.

Examen local : rectocèle assez prononcée, peu de cystocèle même au moment de l'effort.

Il persiste un conduit vaginal de 3 à 4 cm. de long. La cloison fibreuse est souple. Les 2 orifices latéraux ont le diamètre d'une pièce de 0^{fr}. 50.

Au spéculum qui pénètre de 4 cm. environ, la base de la

colonne de soutien vaginal ne porte aucune trace de cicatrice, les deux parois antérieure et postérieure du vagin se continuent sans démarcation.

Les deux orifices droit et gauche sont facilement cathétérisés par une sonde de Nélaton. Ils sont profonds de 4 à 5 cm., souples et extensibles. Une injection à basse pression poussée par l'un d'eux ressort par le canal du côté opposé. Par le toucher rectal la colonne vaginale de soutien n'est pas perçue.

Obs. 6 (inédite). — M. le P^r Lejars.

Mme Nativité D..., 50 ans, entrée le 13 avril 1920, sortie le 6 mai 1920.

Prolapsus utérin complet.

Opération le 15 mai 1920 : cloisonnement antéro-postérieur du vagin dans la partie supérieure, périnéoplastie, 2 mèches.

A donné de ses nouvelles un an après l'opération.

Très satisfaite du résultat obtenu.

Obs. 7 (inédite). — M. le P^r Lejars.

Mme Germaine M..., 60 ans, entrée le 3 août 1893, sortie le 10 septembre 1893.

Réglée à 14 ans, accouchements à 23, 25 et 28 ans. Depuis la première couche se sait atteinte de chute de matrice.

Pas de douleurs, pas de troubles urinaires. N'est plus réglée depuis l'âge de 48 ans.

Prolapsus complet. Utérus petit, col gros, Périnée déficient.

Opération le 13 août 1893 : cloisonnement du vagin.

Obs. 8 (inédite). — M. le P^r Lejars.

Catherine Ch..., 65 ans.

Prolapsus utérin complet dans l'effort. Réglée à 15 ans. Accouchement à 35 ans. Ménopausée à 51 ans.

Le prolapsus a débuté il y a 3 ans. Fatigue générale. Douleurs lombaires. Pas de troubles urinaires. Utérus moyen. Col gros et ulcéré. Annexes saines.

Opération le 3 juin 1903 : cloisonnement vertical du vagin. Avivement élargi.

Obs. 9 (inédite). — M. le Pr Lejars.

Mme Eugénie Des..., 54 ans.

Prolapsus complet avec cystocèle et rectocèle.

Entrée le 21 mai 1906, sortie le 13 juin 1906.

Réglée à 13 ans 1/2. Ménopausée à 53 ans. Neuf grossesses normales. Accouchements normaux. Trois enfants vivants.

Origine du prolapsus il y a 2 ans à la suite d'une chute.

Depuis, douleurs lombaires, pesanteurs hypogastriques, malaises, fatigue.

Localement : effondrement des parois antérieure et postérieure du vagin qui viennent faire saillie à la vulve même lorsque la malade est au repos.

Au moment de l'effort, l'utérus sort aux 3/4. Col utérin long et gros.

Opération le 25 mai 1906 : cloisonnement vertical du vagin. Colpopérinéorrhaphie postérieure.

Obs. 10 (inédite). — M. le Pr Lejars.

Mme Louise Mith..., 56 ans.

Prolapsus utérin complet : hernie inguinale double.

Réglée à 16 ans. Ménopausée à 40 ans. Ni accouchement, ni grossesse.

Prolapsus utérin depuis 6 mois, complet depuis 1 mois. Pas de douleurs, pas de troubles urinaires. L'utérus fait tout entier saillie au dehors ; le col est petit, 2 hernies inguinales symétriques.

Opération le 28 mai 1907 : 1^o cure radicale des 2 hernies inguinales ; 2^o cloisonnement vertical du vagin.

Obs. 11 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Madame Louise Mich., 56 ans.

Entrée le 24 mai 1907, sortie le 17 juin.

Prolapsus complet. Hernie inguinale double.

Opération le 28 mai 1907 : 1° cure radicale bilatérale ;
2° cloisonnement vertical.

Obs. 12 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Madame Marie Céd... 58 ans.

Entrée le 25 novembre 1909, sortie le 13 décembre 1909.

Prolapsus complet.

Opération le 26 novembre 1909 : 1° cloisonnement vertical ,
2° périnéoplastie.

Obs. 13 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Madame Germaine Pri...

Entrée le 28 novembre 1919, sortie le 12 décembre 1910.

Prolapsus complet.

Opération le 12 décembre 1920 : 1° cloisonnement vertical ;
2° Périnéoplastie.

Obs. 14 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Madeleine Bar... 59 ans. Entrée le 27 décembre 1919.
Sortie le 18 janvier 1911.

Opération le 6 janvier 1911 : cloisonnement vertical. Pé-
rinéoplastie.

Obs. 15 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Joséphine A..., 59 ans. Entrée le 25 avril 1911. Sor-
tie le 21 mai 1911.

Prolapsus utérin complet.

Opération le 10 mai 1911 : cloisonnement vertical du va-
gin. Périnéoplastie.

Obs. 16 (*inédite*). — M. le Pr. Lejars.

Mme Jeanne Q..., 60 ans. Prolapsus vaginal. Col tout petit et atrophié.

Entrée le 5 juin 1911. Sortie le 22 juin 1911.

Opération le 12 juin 1911 : 1° curettage de l'utérus ; 2° cloisonnement vertical du vagin.

Obs. 17 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Germaine R..., 52 ans. Entrée le 2 février 1912. Sortie le 23 février 1912.

Prolapsus complet. Cavité utérine 8 c/m.

Opération le 3 février 1912 : cloisonnement vertical. Périnéoplastie.

Obs. 18 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Joséphine Lam..., 62 ans : Entrée le 6 mai 1912. Sortie le 3 juin 1912.

Prolapsus complet.

Opération le 17 mai 1912 : cloisonnement vertical du vagin. Périnéoplastie.

Obs. 19 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Marie Q..., 52 ans. Entrée le 20 mars 1913. [Sortie le 19 avril 1913.

Prolapsus complet.

Opération le 4 avril 1913 : cloisonnement vertical de 3 c/m de large périnéoplastie.

Obs. 20 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Maloina B..., 52 ans. Entrée le 13 mai 1913, Sortie le 10 juin 1913.

Prolapsus complet.

Opération le 23 mai : cloisonnement vertical du vagin. Avivement de 3 c/m 1/2. Périnéoplastie

Obs. 21 (*inédite*). — M. le Pr. Lejars.

Mme Amélie L..., 61 ans. Entrée le 13 octobre 1913. Sortie le 16 novembre 1913.

Prolapsus utérin. Polype fibro-muqueux.

Opération le 27 octobre 1913 : 1° ablation du polype fibro-muqueux ; 2° curettage ; 3° cloisonnement vaginal ; 4° périnéoplastie.

Obs. 22 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Anne B..., 58 ans. Entrée le 19 janvier 1914. Sortie le 6 février 1914.

Prolapsus total.

Opération le 26 janvier 1914 : cloisonnement vertical avec large avivement. Périnéoplastie.

Obs. 23 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Madeleine M..., 66 ans. Entrée le 4 février 1914. Sortie le 16 mars 1914.

Prolapsus total.

Opération le 6 mars 1914 : cloisonnement. Périnéoplastie.

Obs, 24 (*inédite*). M. le Pr Lejars.

Mme Léontine T..., 63 ans. Entrée le 22 septembre 1919. Sortie le 16 octobre 1919.

Prolapsus utérin.

Opération le 2 octobre 1910 : cloisonnement vertical du vagin. Périnéoplastie.

Obs. 25 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Catherine Cl..., 68 ans. Entrée le 20 septembre 1920. Sortie le 6 octobre 1920.

Prolapsus total.

Opération le 22 septembre 1920 : cloisonnement de Le Fort. Périnéorraphie postérieure.

Obs. 26 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Catherine de G..., 64. Entrée le 26 juillet 1921. Sortie le 14 août 1921.

Prolapsus utérin, réductible.

Opération le 29 juillet 1921 : 1° cloisonnement de Le Fort ; 2° suture des releveurs en arrière avec excision de la paroi postérieure du vagin.

Obs. 27 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme R..., 52 ans. Entrée le 5 janvier 1921. Sortie le 24 janvier 1921.

Prolapsus total et incoercible datant de 17 ans.

Opération le 11 janvier 1921 : Hystérectomie après abaissement de l'utérus par le cul-de-sac postérieur. Ligature en étage des deux ligaments larges en laissant les annexes. Ligature des deux pédicules latéraux. Fermeture du péritoine et de la paroi vaginale. Cloisonnement vertical du vagin avec large colpectomie antérieure et postérieure. Périnéorraphie.

Obs. 28 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Françoise G... Entrée le 12 juillet 1922. Sortie le 6 août 1922.

Prolapsus.

Opération le 18 juillet 1922 : 1° cloisonnement du vagin ; 2° périnéoplastie.

Obs. 29 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Joséphine T..., 56 ans. Entrée le 16 octobre 1922. Sortie le 1^{er} novembre 1922.

Prolapsus total.

Opération le 21 octobre 1922 : cloisonnement vertical du vagin, larges surfaces et avivement de 4 à 5 c/m. de largeur, Rapprochement par des surjets successifs du plan profond. Pas de périnéoplastie.

Obs. 30 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Marie-Louis B..., 57 ans. Entrée le 20 mai 1923. Sortie le 10 juin 1923.

Très gros prolapsus, cystocèle et rectocèle énormes.

Périnée atone. Col utérin très gros.

Opération le 23 mai 1923 : cloisonnement vertical du vagin dans ses 2/3 supérieurs. Périnéoplastie.

Obs. 31 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Marie R..., 74 ans. Plusieurs grossesses. Prolapsus complet remontant à 4 ans. Utérus petit, col non hypertrophié. Périnée inexistant. Pas de troubles urinaires.

Opération le 7 février 1924 : rachianesthésie.

1° cloisonnement du vagin, section de la paroi antérieure remontant à 1 centimètre au-dessous de l'urèthre section un peu moins étendue en arrière.

2° colpopérinéorraphie.

Bonne réunion immédiate.

Obs. 32 (*inédite*). — M. le Pr Lejars.

Mme Sarah Mic..... 70 ans ; entrée le 28 janvier 1924. Sortie le 20 février 1924. Prolapsus complet réductible, col gros, mais non ulcéré. Périnée atone.

Opération le 31 janvier 1924 : rachi-anesthésie.

Cloisonnement vertical du vagin. Périnéorraphie. Bons résultats immédiats.

Obs. 33 (*inédite*). — M. le Pr Jean-Louis Faure.

Mme Vve D... 68 ans.

Prolapsus sénile avec ulcération, biopsie négative du col entrée le 21 décembre 1923. Sortie le 20 janvier 1924.

Opération le 2 janvier 1924 (M. Douay) : Rachi-anesthésie.

Amputation du col par le procédé de Strumdorf. Cloisonnement du vagin.

Périnéorrhaphie postérieure sans intéresser les releveurs.

L'amputation conique avec suture par deux points en V est facile, mais la fixation de la muqueuse par ces deux points gêne l'adossement de la première ligne de suture du cloisonnement. Il eût fallu commencer l'avivement rectangulaire en demeurant à moins de 2 centimètres au-dessous de cette pointe en V. Le résultat final est satisfaisant.

Suites opératoires : suppuration avec température.

Le lavage au bœck est difficile pour éviter de décoller les sutures.

Vers le 10^e jour la température baisse. Disparition des phénomènes inflammatoires. Le résultat sera bon. Réparation à partir du 17^e jour. On laisse la malade au lit jusqu'au 23^e jour pour éviter la poussée sur une cicatrice insuffisante.

Sortie le 30^e jour, en très bon état avec cicatrisation secondaire.

Obs. 34 (*inédite*). — M. le P^r Jean-Louis Faure.

Mme P. R... 60 ans. Entrée le 1^{er} février 1920. Sortie le 19 février 1920. Prolapsus sénile complet réductible.

Opération le 2 février 1920 (M. Douay) : rachi-anesthésie.

1^o Large avivement de 4 à 5 centimètres sur 6 à 7 centimètres. Dissection du lambeau antérieur très facile. La paroi vaginale postérieure est mince, et la séreuse est éraillée. Un point en bourse ferme cette brèche. Aucune hémorragie. Suture en nouant les fils en dehors des surfaces avivées.

2^o Périnéorrhaphie postérieure : dédoublement sur quelques centimètres et suture profonde en un plan. Crin sur la peau. Sonde vésicale.

Suites opératoires : très satisfaisantes malgré l'indocilité de la malade.

Sortie le 17^e jour complètement cicatrisée.

Obs. 35 (*inédite*). — M. le P^r Jean-Louis Faure.

Mme Ham... 62 ans. Prolapsus utéro-vaginal complet. Gros col ulcéré et suintant.

Opération le 4 août 1920 : amputation circulaire du col et cloisonnement.

Suites immédiates : sans incident.

Revue le 30 janvier 1924. L'état local fut dessiné à cette date par les soins de M. Douay. Nous reproduisons ce dessin à la planche n° VII.

Obs. 36 (*inédite*) — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme C... Prolapsus utérovaginal complet. Périnée complètement effondré. Anus et sphincter sont intéressés. Envie fréquente d'uriner : maux de reins.

Opération : cloisonnement du vagin, périnéorraphie postérieure avec réfection du sphincter.

Résultats immédiats : la périnéorraphie seule lâche et la malade part ne retenant pas mieux ses matières.

Résultats éloignés : revue le 9 juillet 1923, l'utérus ne fait aucune saillie : il existe un véritable petit vagin de 5 à 6 centimètres de profondeur.

Dans l'effort, la partie du vagin au-dessous du cloisonnement bombe un peu, mais ne fait pas hernie.

La malade retient beaucoup mieux ses matières.

Obs. 37. (*inédite*). — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme P... Prolapsus utéro-vaginal avec hypertrophie du col.

Intervention le 18 septembre 1920.

Résection du col. Cloisonnement du vagin. Périnéorraphie.

Résultats : revue le 15 octobre 1921. Excellents résultats.

Revue en 1923, état local parfait.

Obs. 38 (*inédite*). — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme B..., prolapsus utéro-vaginal complet avec léger sillon en arrière. Ulcération du col. Périnée très réduit.

Opération le 8 novembre 1919 : cloisonnement du vagin, Périnéorraphie postérieure avec crin perdu.

Résultats : revue en juillet 1920 : va très bien, aucune trace de récidence.

Revue en 1923, le résultat se maintient excellent.

Obs. 39 (*inédite*). — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme B... Prolapsus utéro-vaginal complet. Ulcération banale sur le col. Malade opérée à 37 ans pour déchirure du périnée post-partum et prolapsus consécutif.

Intervention 25 novembre 1922 : cloisonnement du vagin.

Résultats : Revue le 9 juillet 1923 : le cloisonnement tient très bien, aucun trouble fonctionnel.

Obs. 40 (*inédite*). — M. le Pr Leclerc, de Dijon.

Mme L... Prolapsus utéro-vaginal complet. Périnée très épais.

Opération mai 1922 : cloisonnement du vagin.

Résultats éloignés : revue en août 1923. Bons résultats.

Obs. 41 (*inédite*). — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme G... Prolapsus utéro-vaginal incomplet.

Intervention le 1^{er} février 1922 : cloisonnement du vagin. Périnéorraphie.

Résultats éloignés : revue le 9 juillet 1923. Excellents résultats. Pas de récidence. Aucuns troubles fonctionnels.

Obs. 42 (*inédite*). — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme G... Prolapsus génital complet. Le périnée n'existe plus.

Intervention le 4 février 1920 : cloisonnement du vagin. Périnéorraphie au crin de Florence perdu.

Résultats immédiats : bons.

Résultats éloignés : revue en août 1923 : très bons résultats.

Obs. 43 (*inédite*). — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme N. . Prolapsus utérin incomplet.
Intervention : cloisonnement du vagin.
Résultats : bons.

Obs. 44 (*inédite*). — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme G... Prolapsus utéro-vaginal, antérieurement complet, postérieurement incomplet.
Intervention : 4 août 1919 : cloisonnement et périnéorraphie.
Résultats immédiats : sortie le 15 septembre 1919 avec bons résultats.
Résultats éloignés : revue le 1^{er} août 1923. Très bons résultats.

Obs. 45 (*inédite*). — M. le Pr Leclerc (de Dijon).

Mme C... Prolapsus utéro-vaginal complet (récidivé après colporrhaphie et colpopérinéorraphie).

1^o Intervention le 10 octobre 1917 : hystérectomie totale plus vaginopexie, plus oblitération du Douglas (obstruction post-opératoire par hématome du Douglas).

Résultats : revue le 2 décembre 1917 : récédive.

Revue le 2 juin 1918 : grosse récédive.

2^o Intervention le 20 juin 1918 : cloisonnement du vagin périnéorraphie.

Résultats : Revue le 16 décembre 1918 : aucune récédive.

Revue le 9 juillet 1923 : pas de récédive, aucun trouble fonctionnel.

La malade se livre aux durs travaux de la campagne.

Obs. 46 (*inédite*). — M. le Pr Tedenat (de Montpellier).

Mme Rose D..., 56 ans, réglée de 15 à 42 ans, accouchements depuis 6 ans,

L'utérus sort en entier après quelques efforts de toux. Paroi abdominale faible. Les deux reins dépassent le rebord costal. Souvent pertes d'urines. Col utérin petit, mais avec érosions et même kyste.

1^{re} opération 5 mai 1915 : ignipuncture du col.

2^e opération 8 mai 1915 :

Le Fort élargie. 3 points sur le périnée. Réunion immédiate.

Revue en décembre 1921, la cloison est à 5 c/m de l'orifice vulvaire. Quelques tiraillements abdominaux qui sont soulagés par la sangle de Glénard.

Obs. 47 (*inédite*). — M. le Pr Tedenat (de Montpellier).

Ménagère de 61 ans. Accouchement à 32 ans : déchirure du périnée.

Depuis 7 ans le corps sort à peu près en entier de la vulve. L'utérus suit au moindre effort. Cystocèle très accentuée. Mictions très fréquentes le jour. Mauvaise musculature périnale. Utérus atrophique.

Opération le 5 mars 1916 : cloisonnement, 3 points sur le périnée. Bonne réunion.

Revue en février 1922, la cloison est à 5 centimètres de la vulve. Plus de troubles urinaires.

Obs. 48 (*inédite*). — M. le Pr Tedenat (de Montpellier).

Mme Hortense V..., 61 ans. Accouchement à 27 et 38 ans. Utérus sort en entier, mais il est petit.

Opération le 17 mars 1917 : cloisonnement élargi. Guérison.

Revue en 1924, le résultat se maintient parfait.

Obs. 49 (*inédite*). — M. le Pr Tedenat (de Montpellier).

Femme de 58 ans. Accouchement à 23-28 et 34 ans.

L'utérus petit, bascule en arrière et sort au 3/4.

Grosse cystocèle. Aucun pessaire n'a pu être retenu. Périnée très faible.

Opération : le 10 mai 1914 : Le Fort élargie. Bons résultats. Revue en décembre 1920, le résultat se maintient excellent.

Obs. 50 (*inédite*). — M. le Pr Tedenat (de Montpellier).

Madame Marie Nad... 53 ans, ménopausée à 44 ans, accouchement à 28 et 34 ans. Porte un hodge depuis 5 ans souvent expulsé au moindre effort. Les 2/3 de l'utérus sont au dehors. Col gros, ulcéré. Perte de l'urine au moindre éternuement. Ptosique.

Après 10 jours d'irrigation vaginale, d'applications sur le col : opération le 10 janvier 1914.

Amputation du col. Le Fort élargie. Suture du périnée. Deux points suppurent un peu. Guérison en 3 semaines. Sangle de Glénard pour ptose abdominale.

Revue en avril 1920 : l'utérus est bien soutenu, le cloisonnement bombe un peu dans la toux fréquente chez femme catarrheuse.

Obs. 51 (*inédite*). — M. le Pr Tedenat (de Montpellier).

Mme Julie Sim..., 58 ans, réglée de 14 à 44 ans.

Accouchement à 23 et 27 ans, ce dernier avec forceps. Depuis 10 ans l'utérus sort en entier au moindre effort de toux. Mictions fréquentes. Rectocèle énorme.

Opération le 15 novembre 1913 : cloisonnement du vagin. Périnéorrhaphie. Réunion immédiate.

Revue en mars 1921. Guérison bonne.

Obs. 52 (*inédite*). — M. le Pr Tedenat (de Montpellier).

Mme Zébée D..., 54 ans, réglée à 11 ans, ménopausée à 48 ans. Accouchements à 23, 27 et 29 ans.

Examen : dans la position verticale l'utérus sort aux 3/4,

Quelques efforts de toux l'expulsent en entier. Périnée mauvais. Ptose totale du rein droit. Musculature abdominale mauvaise.

Opération : juin 1922 : cloisonnement du vagin, périnéorraphie. Réunion immédiate parfaite. Revue en novembre 1922, l'opérée est bien. Elle n'a plus les mictions fréquentes et les pertes d'urines qu'elle avait avant l'opération au moindre effort.

Obs. 53 (*inédite*). — M. le Dr Hartglas.

Mme Léonie L..., 64 ans. Prolapsus utéro-vaginal complet. Périnée déficient. Utérus petit. Col gros non ulcéré.

Opération le 15/7/22 : Anesthésie épidurale.

Cloisonnement du vagin (Le Fort. Elargi . Pas de périnéorraphie.

L'anesthésie fut complète sans aucune adjonction.

Bon résultat immédiat.

Décédée un an après l'intervention d'une affection n'ayant aucun rapport avec son prolapsus.

Obs. 54 (*inédite*). — M. le Dr Rastouil (de La Rochelle).

M. .., 70 ans. Myocardite chronique. Artério-scléreuse. Très nerveuse.

Colpopérinéorraphie il y a 15 ans par le Dr X.... Eventration énorme. Prolapsus utérin complet (utérus entre les cuisses). Léger érythème. Pas d'ulcérations.

Pendant trois à quatre jours désinfection utéro-vaginale au goménol. Avant l'opération, nettoyage à l'alcool, puis teinture d'iode au 1/30.

Intervention : octobre 1923 :

Anesthésie locale dans tous les tissus à la novocaïne à 1/200 additionnée de quelques gouttes d'adrénaline.

Le Fort élargie dans tous ses diamètres. Fils de suture alternativement catgut n° 2 et chromé n° 1.

Le dernier fil pré-vulvaire est un crin de Florence.

Les derniers fils de suture sont recouverts de pommade au collargol à 25/100.

Suites opératoires : suintement léger que l'on assèche matin et soir.

Bons résultats immédiats.

Résultats éloignés : Revue en janvier 1924 en parfait état.

Obs. 55 (Austry, in *Thèse Bordeaux*, 1923). — (Résumée).

S..., Clotilde, 63 ans, 2 enfants. Prolapsus utéro-vaginal complet et total, périnée extrêmement réduit.

Le 11 novembre 1919 cloisonnement du vagin avec péri-neorrhaphie. Les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais vers le mois de mai 1920, le prolapsus réapparaît.

Vers le 1^{er} août la malade se met à souffrir et à présenter des pertes d'eau rousses. Elle est hospitalisée le 15 août. Le col utérin est à la vulve très augmenté de volume, violacé, ulcéré. Il s'est luxé à travers un des couloirs latéraux, et s'est étranglé dans cette situation.

Sous anesthésie la réduction ne peut davantage être obtenue, on est obligé de libérer aux ciseaux les deux parois vaginales accolées, pour pouvoir obtenir la réduction. L'insuccès provient évidemment d'une largeur insuffisante des surfaces accolées.

On fait par voie abdominale l'opération de Kocher-Murphy.

Les suites opératoires sont favorables, mais la malade meurt quelque temps après d'hémorragie cérébrale.

CONCLUSIONS

Le prolapsus génital total chez les femmes âgées :

Relève :

de lésions mécaniques d'origine obstétricale. Elles ne sont facteurs de ptose que si elles s'associent à un défaut d'involution.

— D'un état constitutionnel, véritable diathèse à laquelle les modifications portant sur l'ovaire ne sont pas étrangères.

D'un état physiologique : l'atrophie sénile.

Se caractérise cliniquement,

dans la majorité des cas, par la déficience complète de la musculature périnéale et des releveurs.

Les troubles urinaires discrets, la fragilité rénale silencieuse doivent toujours être recherchés.

Au point de vue thérapeutique :

le traitement médical peut rendre des services momentanés, mais il ne tire ses indications que des contre-indications chirurgicales.

Parmi les nombreuses opérations proposées, trois seulement méritent de retenir l'attention :

— La triple opération (colporraphie antérieure — colpopérinéorraphie — hystéropexie) ne s'adresse qu'aux

femmes dont le périnée présente encore une valeur au point de vue musculaire et dont l'état général autorise une double intervention dans un temps relativement court, ce qui est l'exception.

— La colpectomie totale de Müller-Savariaud est une opération assez shockante, de plus elle préjuge de l'avenir en ne permettant ni exploration, ni action précoce sur l'utérus.

— L'opération de Léon Le Fort complétée par une périnéoplastie dont le but n'est que de rétrécir la vulve, est une excellente opération.

D'exécution facile, rapide, elle s'adresse même aux malades déprimées, chez lesquelles on peut la réaliser à l'anesthésie locale ou épidurale.

On peut lui associer comme temps préliminaire un curettage, une ablation du col utérin, voire même une hystérectomie vaginale, en cas de prolapsus incoercible ou de lésions portant sur l'utérus et les annexes.

Les résultats immédiats et tardifs en font l'opération de choix.

Correctement exécutée, elle ne peut être suivie de récédive.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABADIE (d'Oran). — *Bull. Soc. chirurgie*, Paris, 1912, p. 1316.
2. ANDRÉ (M.). — *Thèse Paris*, 1888-1889, n° 201, 72 p.
3. ASCH. — *American Journal*, 1876.
4. AUSTRY. — *Thèse Bordeaux*, 1923.
5. AUTEFAGE. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1910.
6. BAUM. — *Archive für gynækologie*, Berlin, 1902.
7. BÉGOUIN. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
8. BERTIN (Fanny). — *American Journal of obstetric*, New-York, 1881.
9. BIEHL (H.). — *Die Kolpektomie als Prolapsoperation (Inaug. Diss., Bern., 1902)*.
10. BLANC. — *Trait. du Pr. des vieilles femmes par l'occlusion vulvaire (Loire Médic., t. XXIX, n° 6, 1910)*.
11. BOECKEL (J.). — *Congrès franç. de chirurgie*, Procès verb., Paris 1896, X, 647-654.
12. BOECKEL (J.). — *Gaz. méd. de Strasb.*, 1897, l. VI, 49, 61.
13. BORDIER (J.). — *Thèse Bordeaux*, 1893-4, n° 83, 56 p.
14. BOUILLY. — *Congrès franç. de chirurgie*, 1896, p. 583.
15. BRETEGNIER (Raymond). — *Thèse Paris*, 1920.
16. BRUNEL (L-F.). — *Thèse de Paris*, 1882-1883.
17. CHAVANNAZ (G.). — *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1897, XVIII, 845.
18. CHAVANNAZ. — *Gaz. hebdo. de la Soc. Méd. de Bordeaux*, XVIII, p. 845, 1897.

19. CHAVANNAZ. — *Congrès franç. de chirurgie*, Procès-verb., Paris, 1909, XXII, 1212-1214.

20. CHAVANNAZ. — *Rev. mens. de gynécol., d'obst. et de Pédiat.*, Paris 1910, IV, 380-382.

21. CHAVANNAZ. — Le cancer est-il rare sur l'utérus prolabé au 2^e et 3^e degré ? (*Soc. chirurgie Paris*, 31 janvier 1923).

22. COMBIER et MURARD. — Rapport de Chifoliau (*Soc. chirurgie Paris*, 16 mai 1923).

23. COOKE, HIRST et MAYER. — *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St-Louis, vol. V, 3 mars 1923.

24. COTTE. — *Soc. chirurgie Paris*, 13 juin 1923.

25. COTTE (G.). — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Paris*, 1922, n° 5, 372.

26. COTTE (G.). — *Lyon chirurgie*, 1922, XIX, 625.

27. COTTE. — *Soc. chirurgie*, Lyon, 1923.

28. COTTE et CREYSSSEL. — *Journal de chirurgie*, t. XX, n° 2, août 1922.

29. CULLEN. — *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St-Louis, vol. IV, n° 5, novembre 1922.

30. CUMSTON (C. G.). — *Amer. Medicine*, 1905, IX, 816-818.

31. DELBET. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.

32. DELIVET (Henri). — *Thèse Paris*, 1920. (Arnette, Editeur).

33. DEPAGE. — *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, Bruxelles, 1911.

34. DESMAREST — Rapport de Savariaud (*Soc. chirurgie Paris*, 1920, p. 662 à 665).

35. DESMOULIN. — *Communication Congrès chirurgie*, 1896.

36. DESPRÉ. — Discussion de la Communication de Lefort (*Soc. chirurgie, Paris*, 1877).

37. DOLERIS. — *Travaux pratiques d'obst. et gyn.*, 1903, 263-284.

38. DOUAY (E.). — *Gynécologie et Obstétrique*, Paris 1920, II, 258-264, t. II, n° 4, p. 253.

39. DRUCBERT. — *Echo méd. du Nord*, Lille 1906, X, 35.

40. DUBOIS. — *Thèse Bordeaux*, 1907.
41. DUBOIS. — *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, Bruxelles, 1885.
42. DUBREUIL. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1891.
43. DUGOUD (J.). — *Thèse Bordeaux*, 1906-7, n° 105, 72p.
44. DUSCHAU-MALUSCHEW. — *Zentralblatt für Gynakologie*, Leipzig, t. XLVI, n° 17, 29 avril 1922.
45. DUVAL et PROUST. — Techn.-sut. relev. ds périnéorraphie (*Presse médicale*, 1902).
46. DUVERGEY. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
47. ERTZBISCHOFF. — Le Pr. des vierges et des nullipares (*Thèse Paris*, 1904-5, n° 476).
48. EUSTACHE (G.). — Rap. par Guéniot (*Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1881, VII, 826).
49. FAUCON. — *Archives de tocologie*, 1881.
50. J. L. FAURE. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
51. FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie médico-chir.*, 1923.
52. LOUIS de FORGRAND DU COISELET. — *Thèse Montpellier*, 1919.
53. FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie (Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet)*.
54. LE FORT (L.). — Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin (*Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1877, III, 132).
55. L. LE FORT. — *Bulletin thérapeutique*, 30 avril 1877.
56. DE FOURMESTRAUX. — *Soc. chir. Paris*, 6 juin 1923.
57. DE FOURMESTRAUX. — *Bruxelles méd.*, 1923, n° 2.
58. GASTON (E.). *Thèse Paris*, 1910.
59. GAUJA. — *Thèse de Bordeaux*, 1888-1889.
60. GERNEZ. — *Soc. chir. Paris*, 23 mai 1923.
61. GERNEZ. — *Soc. chir. Paris*, 1923, p. 739.
62. GOLDBERG. — *Zentral Blatt für Gynakologie*, Leipzig, An. XLVII, n° 9, 3 mars 1923.

63. GUILLOUD. — *Lyon médical*, 1891.
64. GODEDAROVITCH (Vitomir). — *Thèse Lyon*, 1923.
65. GUILLAUME-LOUIS. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
66. GUILLIOU. — *Thèse Paris*, 1894.
67. HARTMANN (H). — *Gynécologie opératoire*, Paris 1911, *Colpectomie*, p. 156.
68. HARTMANN (H). — Des prolapsus génitaux (*Gynécologie et Obstétr.*, Paris 1921. III).
— *Traitement (Technique de Le Fort modifiée*, p. 337-343 fig. p. 245-256.
69. HARTMANN et DU BOUCHET. — *Ann. gyn. et obst.*, janvier 1894.
70. HICQUET. — *Société de chirurgie de Paris*, 1879.
71. HUC. — *Annales de gynécologie*, 1882.
72. JACOB Gustave. — *Thèse Paris*, 1921.
73. JACOBS. — *Bull. de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1913-1914.
74. JACOBS. — *Congrès français de chirurgie*, 1896.
75. JACOBS. — *La polyclinique*, 1894.
76. JANIN. — *Revue médicale, chirurgicale des maladies des femmes*, 1883.
77. JAYLE. — *Gyn.*, t. I. L'anatomie morphologique de la femme, 1898.
78. JOSEPHSON (C. D.). *Hygiea*, Sotckholm, 1912, LXXIV, 1365-1367.
79. JUVARA. — *Presse méd.*, 1910.
80. KRUKOWA (Mlle V.). — La colpectomie dans le prolapsus (*Thèse Genève*, 1903, p. 30).
81. W. KRULL. — *Monatsch. J. Gynaek.*, juin 1922, LVIII, p. 49. Analyse in *La Gynécologie*, sept. 1922.
82. LABADIE, LAGRAVE et LEQUEU. — *Traité de Gyn.*, 4^e éd. 1914, p. 472.
83. LACAZE. — *Thèse de Paris*, 1890-1891.
84. LAMAND. — *Thèse de Lille*, 1894-1895,

85. LAPOINTE. — *Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris*, 25 mai 1920, p. 763.

85. LASTARIA (F.). — *Atti d. Soc. ital. d. Ostet, e ginec.* 1900, Roma, 1901, VII, 148.

87. LECLERC. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.

88. LEJARS. — *Semaine Médicale*, 21 mai 1913, p. 246.

89. LEJARS. — *Bull. Soc. chir.*, 20 décembre 1893. (Rapport par M. Quénu).

90. LÉO. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.

91. LEQUEU. — *Congrès chir.*, 1901.

92. MAC ARTHUR. — *Med. J. of. Australia*, Sydney 1919, 149.

93. MALGAIGNE. — *Manuel de med. op.*, Paris 1889, 9^e édition II, 789.

94. MAYER. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.

95. MEYER RUEGG. — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. III, n° 8.

96. MONOD (CH. et VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*, Paris 1908, 2^e éd. t. II, 785. (Opération de Le Fort), 796 (Opér. de Muller).

97. MULLER (P.). — *Ueber Prolaps-Operationen. Deutsch. Naturforsch. u. Aerzte Versellsch.*, 1896, II, p. 164. (Discussion).

98. NEUGEBAUER (L. A.). — *Centralbl. f. Gynaek*, Leipzig, 1881, V, 3, 25.

99. NOVAK. — *The journal of the American medical Association* ; Chicago, vol. LXXX, n° 16, 12 avril 1923.

100. PANAS. — *Société de chirurgie de Paris*, 1879.

101. PARISOT. — *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1895.

102. PAUCHET. — *La Pratique chirurgicale illustrée*.

103. PETIT-DUTAILLIS. — *Gynécologie*, 1923.

104. PICHEVIN — *Semaine gynécologique*, 1902.

105. PHILLIPS. — *The Lancet* (Londres) T. CCH, n° 5142, 18 mars 1922.

106. POTOCKI. — *Annales de gynécologie et d'obst*, 1911.

107. S. POZZI — *Traité de Gyn.*, 4^e édit. 1905, t. I, p. 713.

108. PRIBRAM. — *Klinische Wochenschrift*, Berlin an II, n° 23, 4 juin 1923.
109. PRIBRAM. — *Archiv. für Gynäkologie*, t. CXV, fasc. 3, 16 février 1922.
110. QUÉNU. — Communication *Soc. chir. Paris*, 1893, 20 décembre.
111. RASTOUIL. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
112. REYNIER. — *Congrès français de chirurgie*, 1896.
113. RICHELLOT. — *Congrès français de chirurgie*, 1896.
114. ROUSSEAUX. — *Thèse Paris*, 1908. Résultats.
115. ROUSSIEL. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
116. ROUTIER. — *Congrès français de chirurgie*, 1896.
117. SAVARIAUD. — *Soc. Chir. Paris* 1923, p. 1059.
118. SAVARIAUD (M.). — *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris 1906, 2 s., III, 660-666.
119. SAVARIAUD. — *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1906, 118.
120. SAVARIAUD. — *Soc. chir.*, 1919.
121. SAVARIAUD. — *Bull. Soc. chir.*, n° 16, 11 mai 1920.
- 121 bis. SAVARIAUD. — 32^e Congrès de chir., Paris,
122. SAVARIAUD DUJARIER. — *Soc. chir. Paris*, 30 mars 1923, p. 810.
123. SCHICKELE. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
124. SECOND. — *Gazette des hôpitaux*, 1889.
125. SEGUINARD. — *Thèse de Bordeaux*, 1886-1887.
126. SHAW. — *Surgery-Gynecology et Obstetrics Chicago*, t. XXXIV, n° 3, mars 1922.
127. SOKOLOFF. — Historique sur la priorité de l'op. de Le Fort (*Ann. de gyn.*, 1884, t. XXI, p. 13).
128. SMITH (A. L.). — *Canada Pract. Rev.*, Toronto, 1900 XXV, 541-43.
129. SMITH (A. L.). — *Am. J. Surg. et Gynec.*, St-Louis 1900-1901, XIV, 52.
130. SOMERS (G. B.). — *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1912, LVIII, 1930-1933.

131. STRASSMANN (P.). — *Ztschr. f. Geburts. u. Gynäk.*, Stuttg., 1903, LXI, 227-232.
132. TAFT. — *The national Journal of medical sciences*, 1889.
133. TERILLON. — *Leçon. clin. chir.*, 1889.
134. THELANDER. — *The medical Journal of Australia*, Sydney, An. IX, t. I, n° 19, 13 mai 1922.
135. THEVENARD. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
136. TILLAUX. — *Société de chirurgie de Paris*, 1877.
137. TIREL. — *Thèse Paris*, 1905.
138. TUFFIER. — *Congrès français de chirurgie*, 1896, p. 675.
139. VANVERTS. — *Congrès français de chirurgie*, 1923.
140. VATON. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 1890.
141. VENOT (A.). — *J. de méd. de Bordeaux*, 25 août 1919.
142. VIGNARD. — *Gaz. méd. de Nantes*, 1908, 2 S., XXVI, 481-494.
143. VILETTE. — *Bulletin médical du Nord*, Lille, 1891.
144. VIOLET. — 6^e Congrès de Gyn. et d'Obst. Toulouse, sept. 1912.
145. WATKINS (T. J.). — *Am. Gynaec. et Obst. J.*, New-York, 1899, XV, 420-423.
146. WERTHEIM. — Berlin 1919, (*Springer*), 1 vol. 62 fig. 137 p.
147. WILLEMS. — *Congrès français de chirurgie* 1923.
148. WORMSER (E.). — *Cor. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, Basel, 1912, XIII, 863-866.
149. WORMSER. — *Monatschr. f. Geburts u. Gynaek.*, Berlin, 1898, VII, 367-375.
150. J. M. WYATT. — Société Royale de Médecine de Londres, décembre 1912 (Analyse in *Journal de chirurgie*, t. X, n° 2, fév. 1913, p. 269).
151. ZANCAROL. — *Société de chirurgie*, Paris, 1879.
152. ZLATANOVITCH (Dragoïla) — *Thèse Toulouse*, 1923.

SAINT-AMAND (Cher). — Imp. A. CLERC
